

JAN 15 1936

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: *Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: *Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 50\$000.*

Vol. XXX

Novembro de 1935

N. 5



PHILERGON

ENERGICO REVIGORANTE
NEURO-MUSCULAR

ADULTOS: UMA COLHERADA ANTES DAS REFEIÇÕES.

CREANÇAS DE MAIS DE 5 ANNOS: UMA COLHERADA
DE SOBREMESA ANTES DAS REFEIÇÕES.

REMEDIA

Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.

*têm a satisfação de apresentar ao apreçamento dos
Srs. Médicos, o parecer do Dr. José Alcantara
Madeira, sobre o valor therapeutico do preparado*

LEUKOTROPIN

por elle empregado para seu proprio tratamento

Casado, com 34 annos, pae de tres filhos saos, tendo na primeira infancia : coqueluche, sarampo, parotidite infecciosa. Não tendo contrahido infecção luetica e não tendo em seus antecedentes hereditarios nem um caso de alcoolismo, lues ou tuberculose.

Nunca apresentou symptomas de syphilis ou tuberculose, impaludismo ou de outra molestia. A molestia actual começou ha cinco annos, meio abruptamente após um banho de mar na praia de Gonzaga por dor fortissima na região lombar direita, dor esta que com o decorrer dos dias se generalizou para a perna e apresentando os seus pontos mais dolorosos na sahida do sciatico direito, do joelho, na região inguinal e mais tarde presente a dor testicular.

Feito intenso tratamento de salicylato (Athofanyl), Anti-schialgico Tanturri, etc.; iodico (iodureto de sodio, Naiodine, Iodinjectol James, Citosina, etc.), injeções intra-dermicas de veneno de abelhas (Apicosan), etc. desapareceu temporariamente. Depois desta epocha apresenta-se com relativa frequencia e de preferencia por occasião do frio e grande humidade, com algia excessiva de esforço muscular ou exercicio physico cedendo após intenso tratamento, ora iodado, ora salicilado, ora sulfurado (Sulfurion, Sulfur Fiam, etc.), ora com diatermia, ora com applicação de infra-vermelho.

Ao exame a massa muscular sempre se conservou normal, não apresentando o menor signal de amyotrophia; aos exames electricos os musculos apresentam-se integros e os nervos respondem normalmente á excitação electrica com ligeira excitabilidade em relação ao sciatico direito, o que prova que a difficuldade e mesmo impossibilidade de andar, que por occasião dos surtos agudos se manifestou, era de causa puramente attribuida ao phenomeno dor.

O signal de Lasegne, isto é, a dor provocada pela flexão sobre a bacia de todo o membro inferior em extensão, estando deitado, era cada vez mais accentuada, o mesmo acontecia quando se provocava a adducção forçada da coxa fletida sobre a bacia, na região retro-trocanteriana (Signal de Bormet). Desanimado pelas crises successivas e pelo resultado negativo de repetidas RW e KAHN e de apresentar os reflexos todos normaes e assim mesmo seguido de tratamento intenso e regular pelo bismutho e mercurio, bem como pelo tratamento vaccinante após anti-gonococcico, na possibilidade de consequencia de antiga infecção gonococcica (tratada ha 15 ou mais annos):

"Iniciei tratamento pelas injeções endovenosas de LEUKOTROPIN, fazendo a dose diaria de 10 cc.; na segunda injeção desaparecia a dor produzida pela ultima crise dolorosa e no fim de 10 ampolas como por encanto a neuralgia desaparecia para até o momento (mais ou menos 1 anno) não mais voltar, apesar de atravessar estações invernues humidas e de me entregar a exercicios pouco violentos como natação, banhos de mar demorados, equitação, etc."

São Paulo, 27 de Agosto de 1935.

(a) DR. J. ALCANTARA MADEIRA.

1.º assistente e chefe de clinica da Clinica de Pelle e Syphilis da Faculdade de Medicina de S. Paulo. — Chefe de Clinica Dermatologica da Polyclinica. — Dermatologista chefe do Asylo Santa Theresinha. — Medico do Serviço da Legra do Estado.

o dos
trara
rado

o

coque-
tendo
ose.
outra
banho
a que
ontos
tarde

etc. ;
intra-
depois
so do
ysico
urion,

do o
inte-
idade
sibili-
pura-

do o
esmo
a, na
pelo
maes
bem
encia

dose
crise
a ali
nver-
mor

phila
linica
Asyle
tado.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura: Per 1 anno 30\$000. Per 2 annos 50\$000

Vol. XXX

Novembro de 1935

N. 5

Technica e valor pratico da prova fraccionada de Katsch- Kalk para a exploração do chymismo gástrico (*)

Dr. Carlos de Oliveira Bastos

Clinico em Jahú.

A prova de Katsch-Kalk deve ser praticada preferivelmente pela manhã, com o paciente em jejum e após uma noite calma.

a) Preparo do liquido de prova: — juntam-se a 300 cc. de agua destilada duas gottas de azul de methyleno a 2 % e 0,20 grs. de cafeina pura, devendo-se amornar o liquido antes de usal-o;

b) Introducção da sonda pela bocca até que a marca de 60 cms. corresponda á arcada dentaria. A sonda apropriada é a de von Bergmann, mais grossa e de oliva maior que a sonda comum de Einhorn. Na falta daquella pôde-se empregar esta ultima, mais facil, no entretanto, de se entupir. O paciente deve permanecer deitado ou sentado; é perferivel o decubito lateral esquerdo afim de evitar a passagem da sonda para o duodeno.

Depois de introduzida não deve ser tocada, nem o doente deglutirá saliva;

(*) No numero de Novembro de 1932 dos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, publicou o então doutorando Carlos de Oliveira Bastos, actualmente clinico em Jahú, um artigo sobre a exploração do chymismo gástrico pela prova fraccionada de Katsch-Kalk, cujo interesse despertado foi tão grande que recebeu a direcção desta revista muitos pedidos do referido numero. Achando-se este esgotado e afim de satisfazer os pedidos de exemplares daquella edição que ainda agora nos chegam, resolvemos reeditar uma parte daquele trabalho, isto é aquella que se refere á technica e ao valor clinico da prova de Katsch-Kalk.

c) Retirada do liquido de estase: — para isto, aspira-se por meio de uma seringa commum, todo o conteúdo gastrico. A manobra será repetida mais duas vezes, com intervallos de 10 minutos;

d) Introducção do liquido de prova: — recolhido o material de estase, introduz-se pela sonda o liquido de prova, devendo-se reservar uns 10 cc. para termo de comparação ulterior;

e) Extracção fraccionada: — de 10 em 10 minutos, retiram-se por aspiração, 10 ou 15 cc. do liquido introduzido, os quaes deverão ser recolhidos, numa serie de tubos marcados. Repete-se a extracção até que o liquido perca a coloração que lhe emprestára o azul de methyleno. Este momento indica que no estomago não existe mais refeição de prova e cessou a secreção gastrica mediante a acção da cafeína. Ha aqui uma causa de erro: devido a processos chimicos que se pôdem passar no estomago formam-se, ás vezes, bases brancas "leucobases" que dissimulam a coloração azul do liquido. E' necessario, por isto, por medida de prudencia, continuar a extracção, mesmo depois de desaparecida a tonalidade, afim de se verificar se esta reaparece, o que indicaria a persistencia no estomago da refeição de prova. Surgem, muitas vezes, difficuldades nas extracções, particularmente quando se opera com sondas muito finas. As mudanças de posição do paciente, ligeiras massagens na região epigastrica, a introducção de pequena quantidade de ar geralmente são bastante para supprimil-as;

f) Retirada da sonda e exame dos differentes tubos: — feita a ultima extracção, retira-se a sonda e procede-se ao exame do material contido em cada tubo, correspondente a cada extracção. O exame constará de duas partes: exame do conteúdo gástrico em jejum (tres primeiros tubos) e exame do conteúdo gastrico após a ingestão do liquido de prova, devendo-se em ambos proceder a um estudo physico, microscópico e chimico.

Exame physico: — Macroscopicamente pôde-se observar o aspecto, a consistencia, a quantidade, o cheiro e a existencia de elementos anormaes. Este exame tem muito maior valor no succo gástrico do que no material obtido após a refeição de prova. O conteúdo gastrico consta do succo gastrico (com seus differentes componentes inorganicos e fermentos); do transudato dos vasos gastricos; da bile; succo pancreatico; succo duodenal e, eventualmente de productos pathologicos: sangue, acidos de fermentação, etc. No estomago em jejum encontra-se o chamado "Lago de muco", susceptivel de ser retirado pela sonda; á gastroscopia, este se mostra da cor da bile, mas todas as reacções demonstram a ausencia desta. A coloração é devida a um cogumelo: *Cryptococcus salmoneus*.

O conteúdo gástrico em jejum é homoganeo, fluido, pouco viscoso, de côr branco-amarellada ou incolor. Naturalmente o

estomago em jejum deve estar vazio e não segregar liquido algum. A secreção começa quando o alimento chega ao estomago ou já durante os actos preparatorios, ou mesmo pela simples excitação psychica. Não obstante, no individuo normal, encontra-se certo conteúdo gástrico, sobre cuja quantidade variam os autores, podendo-se de um modo geral, dizer que, até 70 cc. não ha phenomeno pathologico. Hoje não se estará de accordo com o que dizia Soupault: "Quando se encontra liquido no estomago em jejum, pôde-se admittir a existencia de um estado pathologico, devido, segundo o aspecto e composição deste liquido, ou a desordens secretoras (gastrosucorria) ou a desordens motoras (estase e retenção de alimentos)".

Deixando-se repousar o conteúdo gastrico precipita-se um sedimento de restos alimentares (fructas, goticulas de gordura) em pequenissima quantidade. Isto é considerado normal e corresponde á chamada "micro-retenção", antigamente tida como inicio de estenose pylorica. No estado normal o conteúdo gastrico tem cheiro de mosto; nas estenoses pyloricas e no cancer torna-se desagradavel, semelhante ao da putrefação. Os elementos anormaes que se pôdem observar são o sangue, pús, restos alimentares, respectivamente nas ulceras e carcinomas, gastrites flegmonosas, estenoses, etc.

Exame microscópico: — O exame microscópico tem, igualmente, maior valor no liquido de estase. Pôdem-se encontrar os seguintes elementos:

- a) células, sejam tumoraes, sejam da propria parede, é sempre difficil, no entretanto, a identificação das mesmas;
- b) elementos de sangue; as hematias apparecem nas ulceras, tumores ulcerados, nas gastrites, em ferimentos produzidos pela propria sonda; os leucocytos, dos quaes normalmente, ha um ou outro, são numerosos nas gastrites legmonosas;
- c) restos alimentares — nas retenções;
- d) Sarcinas (*Sarcina ventricula*) frequentes nas extases com HCI livre;
- e) Bacillos de Oppler-Boas, compridos, delgados e finos, ás vezes reunidos em filamentos a maneira de fios de linha; são evidenciados pelo azul de methyleno e se encontram nos tumores malignos, Sahli dá grande importancia ao exame bacteriologico do succo gástrico, e, em particular, a estes bacillos, que apparecem nas estases com hyderacidez; seu valor semiologico é o mesmo que o do acido láctico;
- f) muco — grande augmento nas gastrites e irritações gastricas;
- g) cogumelos, *hifo*, *eschyzo* e *saccharomycetos* nas retenções, cancer, estados cacheticos;

h) protozoários — tem sido raras vezes verificados em conteúdo anácido.

Exame químico: — o exame químico deve ser systematicamente praticado não só, no conteúdo gástrico em jejum, como após a refeição de prova, afim de se calcular as taxas de acidez antes e depois da excitação pela cafeína. O exame químico consta do dosagem de HCl livre e da acidez total e da pesquisa do ácido lático, do sangue e de outros elementos.

A dosagem do HCl livre é feita pelo cálculo de quantidade de soda decinormal, necessaria para neutralizar 10 cc. do conteúdo gástrico, servindo como indicador o reactivo de Töpfer (dimethylamidoazobenzol). Esta, em presença de HCl livre da uma coloração vermelha; junta-se a soda decinormal até a viragem. O numero de centímetros cubicos gastos multiplicado por 10 dará o grau de acidez livre do liquido por cento de soda decinormal.

A acidez total é calculada da mesma maneira e serve como indicador a phenolphthaleina em solução alcoolica a 1 %. Ao mesmo material em já se determinára a acidez livre adiciona-se uma gota deste indicador. A phenolphthaleina num meio ácido conserva-se incolor; junte-se a soda até que o liquido apresente reacção alcalina, isto é, torne-se roseo. O indicador presta-se á dosagem da acidez total; como, porém, em nosso caso, uma parte desta (acidez livre) já havia sido dosada na operação precedente o resultado desta segunda determinação dará a acidez combinada. Da somma dos dois valores (acidez livre e acidez combinada) ter-se-á a acidez total, que será também expressa em percentagem de soda decinormal.

Pode acontecer que os indicadores revelem no material examinado uma reacção alcalina; calcular-se-á então, o "deficit" do ácido por uma solução decinormal de HCl.

Lembramos que esta é apenas uma das muitas technicas, podendo-se empregar outros reactivos indicadores: vermelho Congo, alizarina, relativo de Gunzburg, de Boas, etc.

Ainda, no exame químico se procederá á pesquisa do ácido lático, pelo reactivo de Uffelmann; do sangue, pela reacção Weber, dos pigmentos biliares pela reacção de Gmelin; poder-se-ia ainda estudar a pepsina, o lab-fermento ou chymosina, a lipase, elementos anormaes, tripsina, etc. Como o principal fim deste trabalho é o estudo das curvas de acidez deixaremos de parte essas questões.

Os valores da acidez total serão em seguida projectados em um systema de coordenadas, no qual, na linha das abscissas se representarão os tempos da extracção fraccionada e na linha das ordenadas, os graus de acidez. Neste graphico haverá uma linha horizontal de zero, acima da qual os valores exprimirão acidez,

e abaixo em numeros negativos, indicarão alcalinidade. Um traço vertical mais cheio separará também a parte correspondente ao exame do material em jejum, da correspondente aos valores obtidos após a ingestão do liquido de prova. Ha autores que exprimem os gráus de acidez pelo numero de ions de hydrogenio, isto é, pela concentração ionica do meio e assim as curvas seriam feitas pelo calculo do pH das differentes extracções.

Projectados os valores e ligados os pontos assignalados obtem-se as curvas; a sua interpretação será feita pelo estudo dos seguintes elementos:

a) Acme da curva, isto é, o ponto mais elevado da acidez total, a altura absoluta da curva e o tempo em que esta se produziu. Normalmente isto acontece uma hora após a ingestão do liquido de prova e o gráu de acidez attinge de 60 a 70.

b) Occasião do esvaziamento do liquido de prova e do inicio da secreção gástrica, pura, reconhecida pelo desaparecimento da coloração azul, o que geralmente se dá aos 80 minutos da prova. A duração da secreção vae de 120 a 150 minutos.

c) Forma geral da curva, isto é, saliencias e depressões causadas, o mais das vezes pelo refluxo do conteúdo duodenal;

d) a duração total da curva.

Os graphicos que se obtem são de differentes typos, mas podem ser resumidos a cinco formas fundamentaes. *Grote* assim os qualifica:

a) Curva normal — Fig. II — o gráu de acidez vae subindo gradativamente até o maximo de 60 a 70, attingindo depois de uma hora da introducção do liquido de prova. Este typo de curva não exclue uma affecção gastrica; é, porém, muito mais frequente nos estomagos normaes;

b) Curva horizontal de achylia — Fig. I — durante todo o tempo da prova as curvas deste typo apresentam uma acidez total muito baixa; esta não ascende, deslocando-se quasi horizontalmente do zero ao 10. A acidez livre fica ao nivel do zero ou abaixo deste, exprimindo então um "deficit" de acido. A altura total da curva attinge no maximo 30, e o tempo de duração é variavel. E' encontrada em todos os casos de achylia (gastrite catarrhaes agudas e chronicas, carcinomas, influencias toxicas certas molestias infecciosas, Basedow, tuberculose pulmonar, anemias perniciosas. Nestas ultimas representa a achylia um papel muito importante; "não ha anemia perniciosa sem achylia" — dizem certos autores; ha comtudo um typo de anemias hypochromicas com muito baixo teor de HCl.

c) Curva de acidez precoce ou curva ingreme, elevada (Steile Hochkurve dos allemães) — Fig. III — corresponde a um estudo de irritabilidade das cellulas da parede gástrica. Logo ás primeiras extracções o gráu de acidez é muito elevado, at-

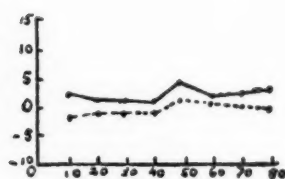


Fig. I

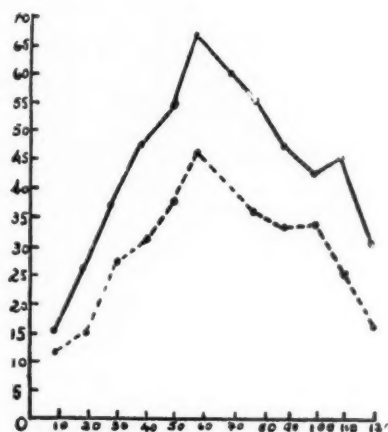


Fig. II

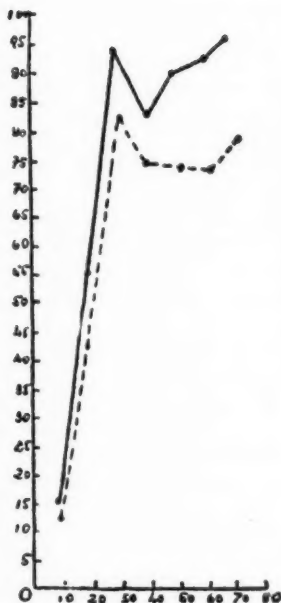


Fig. III

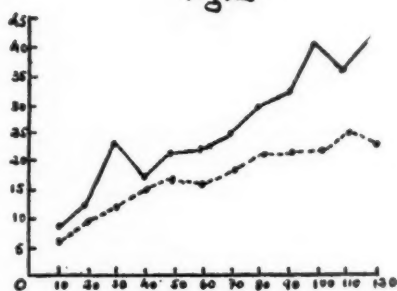


Fig. IV

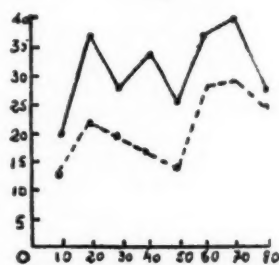


Fig. V

tingindo o maximo aos 30 minutos. O decurso posterior é variavel. A curva pode interromper-se subitamente durante a elevação quando ha um esvaziamento precipitado do estomago, ou, ao contrario, pode-se verificar uma secreção posterior mais ou menos prolongada. São curvas de secreção rapida e alta e evidenciam grande excitação gástrica. Encontra-se nas ulceras recentes, nos catarrho gastrico acido, em cholecystopathias e ainda em outros estados.

d) Curva de acidez tardia ou curva retardada — Fig. IV — caracteriza-se pela ascensão progressiva: muitas vezes o gráu maximo é alcançado apenas duas horas após o inicio da prova; a altura absoluta da curva não costuma ser elevada, sendo, porém, frequentemente attingido o 60. Esses typos se encontram principalmente nas estenoses pylóricas, e, pelo facto de estes estomagos não se esvaziarem por completo, são curvas sem fim evidente. Aparecem tambem nas ulceras;

e) Curva intermittente (Klettertyp dos allemães; climbintype dos norte-americanos) — Fig. V. — São curvas de ascensão rapida que logo decrescem para tornar a subir novamente e assim por diante. Estes accidentes são interpretados por refluxos de succo duodenal para o estomago, cujo effeito logo cessa pela hypersecreção existente neste órgão. Katsch acha insufficiente esta explicação. O "Klettertyp" fala a favor da ulcera do duodeno, o que foi primeiramente admittido por Rehfuß e confirmado pelas verificações de Katsch e outros; pelo menos, este typo evidencia uma labilidade particular do mechanismo pyrolico, geralmente determinada pela excitação de ulceras vizinhas. Têm sido encontradas tambem em perigastrites e cicatrizes. Katsch em seu vasto material de sondagens raramente encontrou a curva intermittente sem que houvesse uma ulcera pylorica ou para-pylorica.

Além das cinco formas fundamentaes descriptas, consideram certos autores mais dois typos: as curvas longas e baixas e as curvas longas e altas, que, comtudo, no geral, podem ser incluidas num dos cinco typos estudados.

Pela descripção, conclue-se que não ha um typo de curva pathognomônico de determinada molestia; apenas o "Klettertyp" e as curvas horizontaes têm indicações mais precisas; não obstante sempre de todas ellas se poderão obter dados de ordem diagnóstica ou therapeutica.

Endereço: Jahú — S. Paulo.

Philergon *fortifica de facto*
1 COLHER ÀS REFEIÇÕES

CALCIO-CORAMINA CIBA

ANALEPTICO E EXPECTORANTE DE
ACÇÃO REFORÇADA E ESTIMULANTE
DA CIRCULAÇÃO E DA FUNÇÃO
RESPIRATORIA

BRONCHITES
CATARRHOS
PNEUMONIAS
EMPHYSEMA
EDEMAS PULMONARES
ABCESSOS DO PULMÃO
ETC.

TUBOS COM 20 COMPRIMIDOS, Á 0,4 g.



PRODUCTOS CHIMICOS CIBA LTDA.

RIO DE JANEIRO
CAIXA POSTAL 3437

SÃO PAULO
CAIXA POSTAL 3678

Semiótica da fâcies

Dr. Eduardo Monteiro

Chefe da Clínica Médica de Mulheres da Policlínica de S. Paulo.

Valiosíssima é a semiótica da fâcies, pois que não raro a fisionomia do paciente permite um diagnóstico ou, pelo menos, encaminha o juízo clínico para determinados departamentos da patologia. Requer, entretanto, grande experiência e elevado senso crítico.

Todos sabem que no rosto muita vezes se revela a inteligência, se estereotipa o temperamento e se denunciam os estados d'alma. A propósito destes últimos, lembremos as alterações fisionômicas dependentes da alegria, da tristeza, da atenção, desconfiança, desprezo, desencanto, pavor e colera. A *alegria* dilata o nariz, afasta as comissuras labiais, produz vaso-dilatação, atenua as rugas e confere vivacidade ao olhar. A *tristeza* atua em sentido contrário, achatando as narinas, crispando os lábios, ocasionando palidez, vincando o rosto e amortecendo a expressão dos olhos. Na *atenção*, o olhar é fixo; contraindo-se o músculo frontal, rugas transversais se formam na testa. A *desconfiança* arregala e inquieta os olhos; a cabeça é ligeiramente flectida. O *desprezo* denuncia-se pela propulsão do lábio inferior. No *desencanto*, abre-se a boca e relaxam-se os músculos da face. No *pavor*, a face empalidece, os lábios afastam-se, as fendas palpebrais alargam-se e os cuticulares tremelicam. Na *côlera*, o rosto se afogueia, as conjuntivas injétam-se, os masséteres contraem-se e os olhos parece que exorbitam.

Analogamente, as psicoses também modificam a expressão fisionômica. Assim, a melancolia empresta-lhe um ar de tristeza profunda. Em certos dementes descobre-se a paramímia, isto é, o desacôrdo entre os sentimentos e a mímica. Os maníacos são hipermímicos; e os paralíticos gerais são amímicos, o que se explica pela hipotonia do facial inferior.

Um sem número de fâcies foram descritas. Em vez de analisá-las todas, será melhor que limitemos a nossa atenção às seguintes:

1 — Fâcies normolínea; 2 — Fâcies longilínea; 3 — Fâcies brevilínea; 4 — Fâcies febril; 5 — Fâcies pneu-

mônica; 6 — Fácies hética; 7 — Fácies estuporosa; 8 — Fácies hipocrática; 9 — Fácies colérica; 10 — Fácies dolorosa; 11 — Fácies tetânica; 12 — Fácies heredo-luética; 13 — Fácies adenoide; 14 — Fácies mongólica; 15 — Fácies leonina; 16 — Fácies renal; 17 — Fácies aórtica; 18 — Fácies mitral; 19 — Fácies mixedematosa; 20 — Fácies basedowiana; 21 — Fácies addisoniana; 22 — Fácies acromegálica; 23 — Fácies eunucoide; 24 — Fácies gerodérmica; 25 — Fácies marmórea; 26 — Fácies coreica; 27 — Fácies miopática; 28 — Fácies de Hutchinson; 29 — Fácies parkinsoniana; 30 — Fácies bulbar.

Fácies normolínea — Se dividirmos idealmente a cabeça por duas linhas horizontais, uma passando pelas sobrancelhas e a outra pelo encontro do nariz e do lábio superior, obteremos tres segmentos. Pois bem, fácies normolínea, também dita *proporcional*, é aquela em que as tres partes se igualam, ou quasi, tanto em altura como em largura.

Fácies longilínea — A fácies longilínea, também dita *dantesca*, *calviniana* ou *mefistofélica*, assim se distingue:

- a) predominio da altura dos segmentos sobre a largura;
- b) angulosidade das partes ósseas.

Dois subtipos se descrevem: o *astênico* e o *hiperestênico*.

A *fácies longilínea astênica* oferece os seguintes caracteres:

- a) gracilidade do esqueleto;
- b) delicadeza das partes moles;
- c) hipoplasia do segmento inferior, isto é, discreto desenvolvimento da parte subnasal (boca e mento) em confronto com as demais. Admite-se que este caráter denuncia particularmente uma astenia do tubo digestivo.

A impressão geral é a de magreza e debilidade.

Encontra-se este subtipo, conforme advertência de Pende e outros, nos indivíduos hipertiroideos, nos hipoparatiroides, nos hipo-suprarrenálicos e nos hipogenitais.

A *fácies longilínea hiperestênica* oferece caracteres opostos, a saber:

- a) esqueleto robusto;
- b) partes moles bem desenvolvidas;
- c) segmento subnasal proeminente.

E' própria dos hiperpituitários, hipersuprarrenais e hipergenitais.

Fácies brevilínea — A fácies brevilínea assim se caracteriza:

- a) predomínio da largura sobre a altura;
- b) saliências ósseas arredondadas.

Tambem aqui dois subtipos se descrevem: o *hipoplástico* e o *hiperplástico*.

A *fácies brevilinea hipoplástica* consiste no seguinte:

- a) pele gracil;
- b) arcadas supra-orbitárias pouco salientes;
- c) nariz pequeno;
- d) mandíbula fraca;
- e) mento agudo, estreito e reintrante.

Aliás, a delicadeza do esqueleto pode ser disfarçada pela gordura excessiva. Em tal conjuntura, a *fácies* merece o titulo de *lunar* ou em *lua cheia*.

No dizer dos mestres constitucionalistas, êste subtipo denuncia um hipoevolutismo geral. E' atinente aos timo-linfáticos, aos hipotiroideos, aos hipopituitários.

A *fácies brevilinea hiperplástica* oferece caracteres inversos, a saber:

- a) pele espessa;
- b) arcadas supra-orbitárias salientes;
- c) nariz grande;
- d) mandíbula forte;
- e) mento arredondado, largo e proeminente.

E' própria dos individuos de temperamento hiperpituitário.

Fácies febril — Neste caso: olhar brilhante e rosto afogueado, não raro coberto de suor.

Fácies pneumônica — Difere esta da febril, pela localização da hiperemia na região malar correspondente ao lobo afectado. Em concomitância, surge por vezes um herpes labial.

Fácies hética — Aqui, olhos brilhantes e encovados; regiões malares congestas, em contraste com a palidez acentuada das outras partes; ligeiros movimentos dispneicos das narinas. Tal é o quadro fisionômico da tuberculose pulmonar em período derradeiro e dos estados sépticos de longa duração.

Fácies estuporosa — A *fácies* estuporosa, profundamente astênica, é própria da febre tifoide, de forma grave, e de outras infecções que sideram o organismo.

O olhar é vago, as pálpebras conservam-se semicerradas e fuliginosidades labiais apresentam-se na maioria das ocorrências.

Porque se forma êste induto? E' simples. A mucosa, desidratada, fende-se em vários pontos; surdem então algumas gotículas de sangue, geralmente despercebidas, as quais, dessecadas e de mistura com poeiras, contituem as crostas secas e escuras.

Fácies hipocrática — A *fácies* hipocrática é ansiosa ou inexpressiva; a pele é de um tom pálido terroso; nariz afilado; olhos fundos; olheiras violáceas. Tal é a fisionomia de agonisantes, dos

indivíduos em plena peritonite e daqueles cuja reserva alcalina por demais se abaixou.

Fácies colérica — Em linhas gerais, a fácies colérica assemelha-se á precedente. Difere pelo seguinte: extrema secura da pele, olhos mais encovados, inoclusão das pálpebras durante o sono, presença de muco-pus nas conjuntivas, córneas secas, turvas e mesmo ulceradas.

Eis as alterações fisionômicas suscitadas pela “cholera morbus”, moléstia que desidrata profundamente o organismo. Por exceção, o mesmo se verifica em casos de “cholera nostras”.

Fácies dolorosa — Na fácies dolorosa, a pele é congesta ou pálida ao extremo, as rugas acentuam-se, os lábios encrespam-se e as pupilas por vezes se dilatam.

Fácies tetânica — A fácies tetânica é rígida, em virtude da contratura de todos os músculos, sobretudo dos masséteres. Dá a impressão de um sofrimento atroz. Não obstante, o doente como que esboça um sorriso contrafeito, dito “riso sardônico”.

Fácies héredo-luética — A fácies héredo-luética, de grande importância clínica, assim se caracteriza:

- a) palidez terrosa;
- b) alopecia;
- c) nariz em sela, isto é, muito deprimido na base;
- d) fronte olímpica; quer dizer, bossas frontais muito salientes;
- e) leucomas (opacidades da córnea);
- f) secreção purulenta e hemorrágica pelas fossas nasais (corisa héredo-luética);
- g) pregas labiais dispostas de maneira radiada, consecutivas a fissuras mais ou menos extensas.

Fácies adeñoide — Aqui se inscrevem as alterações suscitadas pela hipertrofia do tecido linfático que se encontra no cavo faringeu.

Impossível, ou quasi, o respiro pelo nariz, a boca está sempre aberta, tanto em vigília como durante o sono. Os lábios são grossos. Chama a atenção o prognatismo da mandíbula superior, consequência de forma ogival da abóbada palatina. Em suma, aspecto atoleimado, se bem que muitas vezes a inteligência seja satisfatória.

Fácies mongólica — Esta variedade é própria duma idiotia congênita, dita mongolismo, idiotia mongoloide ou mongólica. Dois traços essenciais são característicos: 1.º) olhos oblíquos, olhos de chinês; 2.º) epicantus, isto é, prega membranosa na parte interna da fenda palpebral. O mais, assim se resume: cabeça chata e redonda, rosto lunar, cabelos fortes e sedosos.

Fácies leonina — Na fácies leonina, ou leprosa, ressaltam nódulos na testa, nas bochechas, queixo, orelhas, nariz. Além

disto, verificam-se máculas, eritematosas ou hipercrômicas e, por vezes, também ulcerações.

Fácies renal — A fácies renal caracteriza-se por um edema, pálido e mole, que predomina nas regiões palpebrais.

Não raro, a hidrofília é percebida apenas de manhã, o que se atribue á contração dos orbiculares, durante o sono, e á consequente dificuldade oposta ao trânsito do sangue venoso.

Fácies aórtica — Os indivíduos affectados de insuficiência aórtica apresentam, geralmente, uma fácies pálida. Este fenómeno é devido ao refluxo sanguíneo e, de acôrdo com Franck, a uma vaso-constricção provocada por um reflexo perdido das sigmoides.

Fácies mitral — Ao contrário da precedente, a fácies mitral caracteriza-se por uma côr violácea, sobretudo dos lábios, orelhas e regiões malares, onde mais lânguida a circulação.

Fácies mixedematosa — Nos casos de mixedema franco, o rosto é lunar; os tegumentos sofrem uma infiltração dura e elástica; é sêco o cabelo e áspera a pele; a língua torna-se espessa e apresenta-se em ligeiro prolapso por entre os lábios. Em summa, aspecto le estupidez.

Fácies basedowiana — A fácies besedowiana, ou fácies trágica, dá a impressão de terror permanente. Ressalta a exoftalmia. Entre a córnea e as pálpebras, mostra-se desnudo um segmento da conjuntiva. O indivíduo quasi não pestaneja.

Fácies addisoniana — O mal de Addison denuncia-se no rosto pelo ar tristonho, pela magreza e principalmente, pela côr brônzea intensa da pele.

Fácies acromegálica — A fácies acromegálica é típica: bossas frontais muito desenvolvidas, arcadas arbitárias mais grossas, apófises zigomáticas salientes, nariz enorme, prognatismo do maxilar inferior, lábios espessos.

Fácies eunucoide — Assim se denomina a fácies dos indivíduos castrados antes da puberdade, e daqueles em que se installou precocemente uma insuficiência genital.

O rosto parece feminino; cheio e redondo; nariz delicado; pele glabra e assetinada.

Fácies gerodérmica — Aqui: ausência de bigode e de barba, pele rugosa e pálida, supercílios escassos, cabelo sêco, grisalho ou branco, antes do tempo. Cara de velho.

Fácies marmórea — As fácies marmórea, ou fácies de *mú-mia* ou, ainda, fácies de *sátiro*, é propria da esclerodermia. A pele, muito lisa e esticada, parece que mal comporta o esqueleto. A boca está sempre entreaberta. No dizer de Brissaud, afigura-se-nos que o doente faz uma careta sem rugas.

Fácies coreica — Caracteriza-se pela instabilidade da expressão fisionômica e pelos trejeitos incessantes, de mofa, espanto, terror...

Fácies miopática — A distrofia muscular progressiva acarreta modificações flagrantes. Apagam-se todas as rugas. No mento, forma-se uma fosseta profunda. Acometido o orbicular das pálpebras, conservam-se semicerrados os olhos, dia e noite. Lesado o orbicular dos lábios, surge uma pseudo-hipertrofia ou uma atrofia verdadeira.

Na hipótese de pseudo-hipertrofia: ora proemina o lábio superior, e então se diz — *beijo de tapir*; ora é o outro que se avoluma e se abaixa, pondo os dentes á mostra.

Na eventualidade de atrofia verdadeira, os labios adelgamam-se e parece que o indivíduo esboça um riso amarelo. Aliás, a atrofia pode ser uniforme ou predominante nas comissuras labiais. Neste último caso, os lábios tocam-se apenas pela parte média, sugerindo a idéia de um oito deitado.

O conjunto destas alterações empresta á fisionomia um ar de lorpa, se bem que não seja comprometida a inteligência.

Fácies de Hutchinson — Assim se denomina aquela dependente da oftalmoplegia total externa. Paralisados ambos os elevadores das pálpebras, os olhos mal se entreabrem: fácies sonolenta. Resultam dois fenómenos compensadores: contrai-se o frontal, formando-se rugas transversais na testa, num esforço, aliás quasi improficuo, a fim de corrigir a blefaroptose; e a cabeça estende-se, para que os raios luminosos cheguem á pupila, através da fenda palpebral acanhadíssima.

Fácies parkinsoniana — A fácies parkinsoniana é inerte, impassível, a tudo indiferente, o que depende da rigidez muscular. O olhar é fixo. Aliando-se a este carater o encolhimento do músculo supraciliar, formam-se rugas verticais na testa e aproximam-se as sobrancelhas: o doente encontra-se em attitude constante de atenção. Vezes outras, estando em contratura o frontal, elevam-se os supercílhos e a fronte enruga-se horizontalmente, como se o indivíduo estivesse espantado.

Fácies bulbar — Por fim, a fácies bulbar é a determinada pela paralisia de ambos os faciais inferiores. O quadro é tipico: semblante de chorão, boca sempre aberta, lábio inferior pendente, escoamento de saliva, riso e choro espasmódicos. E' o que se verifica na paralisia lábio-glosso-laringea, primitiva ou secundaria, bem como na paralisia pseudo-bulbar.

Um novo processo de sutura continua: o choleio duplo

Dr. José de Moraes Leme

Clinico em Espirito Santo do Pinhal

Temos usado, ha já alguns anos, com bom resultado, alguns tipos de sutura continua que não vimos ainda descritos e que, por esse motivo, expomos á apreciação, e, segundo desejamos, á utilidade dos que praticam a cirurgia.

Quaesquer que sejam os motivos de dar preferencia aos pontos separados, ha sempre casos em que a serzidura se indica, e muitos cirurgiões a empregam de um modo quasi exclusivo, mesmo para as suturas em que ha necessidade de resistencia. E a vantagem de, pelo menos, um dos novos metodos de choleio que ora vamos descrever, está justamente na sua maior solidez sobre a sutura continua comum, sem que o tempo requerido para sua execução seja maior, uma vez que o auxiliar esteja tambem treinado na respetiva tecnica.

Para nos fazermos mais facilmente compreender, vamos lembrar brevemente os principaes tipos de sutura continua, que se encontram descritos nos tratados de cirurgia.

I

PROCESSOS CLASSICOS DE SUTURA CONTINUA

a) *Serzidura simples* (figs. 1 e 2).

Começa-se dando um ponto de apoio inicial, que se amarra como um ponto separado qualquer, cortando uma das pontas e deixando a outra bem comprida, para continuar a costura.

Em seguida, essa ponta mais longa é retomada pela agulha e passada sucessivamente dum a outro labio da ferida, perpendicularmente a esta, esticando o fio após cada ponto, de modo que o fio passa sob a incisão perpendicularmente e sobre ela em direção obliqua.

Para terminar, o fio não é esticado, entre o penultimo e o ultimo pontos, mas transformado num laço, que se amarra á ponta que sai do ponto derradeiro (fig. 1).

Esta sutura se faz indiferentemente com agulha de Reverdin, com agulha montada em porta-agulhas ou com agulha de mão.

Variantes: 1. *do inicio.* — Alguns, em vez de iniciar o choleio por um ponto regularmente amarrado, fazem previamente um nó numa das pontas e este nó servirá de apoio inicial (fig. 2); o metodo não é aconselhavel para suturas perdidas profundas.



Fig. 1
Sutura continua simples
comum.

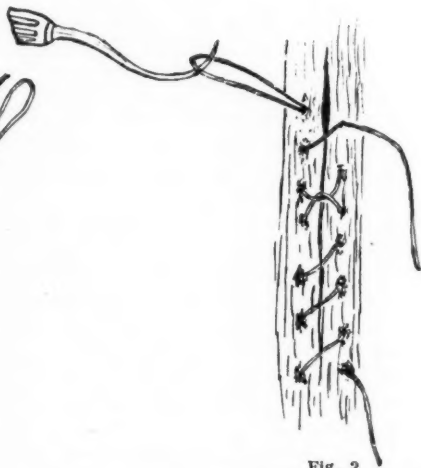


Fig. 2
Sutura continua, mostrando
um ponto cruzado e varian-
tes dos modos de início e
terminação.

2. *do choleio.* — Ha quem passe o fio sob a ferida igualmente em direção obliqua, o que tem a vantagem de diminuir o numero de pontos a dar, mas prejudica a perfeita coaptação.

3. *da terminação.* — Com o nosso mestre de cirurgia, o pranteado prof. Alves de Lima, aprendemos a dar o nó final de um modo um pouco diverso, não sabemos si da sua autoria ou não: a sutura era feita sempre com agulha de Reverdin e o fio esticado até o ultimo ponto, inclusive; ao dar esse ultimo ponto, o auxiliar, em vez de enfiar na agulha a ponta do fio, enfiava o meio do fragmento restante; dessa maneira, formava-se uma alça do lado do cirurgião e esta era amarrada á ponta, colocada do lado contrario (fig. 2). Achamos este modo de terminação preferivel ao classico, fechando melhor a comissura final da incisão.

b) *Serzidura entrecortada*.

O choleio entrecortado é apenas uma sutura continua simples, que de vez em quando se interrompe, cruzando o fio, preferivelmente antes de o esticar, numa alça formada entre o ponto precedente e o que se está dando (fig. 2).

A interrupção pôde também ser feita por meio de um ponto retrogrado (fig. 3), obliquo ou direito, o que aumenta ainda a solidez da sutura.



Fig. 3
Ponto de interrupção retrogrado (imitado de Lejars).

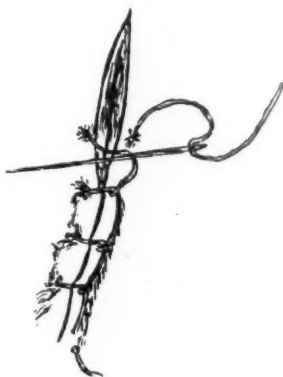


Fig. 4
Sutura de Reverdin (serzidura em festão) (imitado de Lejars).

c) *Serzidura em festão (Reverdin)* (fig. 4).

Consiste esta costura num choleio interrompido em todos os pontos, mas sempre do mesmo lado da incisão; a fig. 4 dá idéa da sua natureza e execução. Este processo tem a vantagem de coaptar com regularidade as bordas, especialmente quando um pouco tensas.

d) *Serzidura em angulo reto (Cushing)* (fig. 5).

Dado o nó inicial, passa-se a agulha através de dois pontos adjacentes do mesmo labio da incisão; puxado o fio, repete-se a manobra no outro labio, de modo a ficar o orificio proximal deste lado em frente do orificio distal do lado oposto.

Esta costura, que não difere essencialmente da que se adota na sutura intra-dermica, é especialmente indicada para as suturas de aproximação na cirurgia gastro-intestinal, não devendo os pontos ser perfurantes, isto é, devendo só apanhar a seromusculosa de cada labio; por meio dela se produz uma leve inversão desses labios.

e) *Serzidura de Connell* (fig. 6).

Especialmente recomendada por Pauchet para as suturas totaes nas anastomoses digestivas, difere dos pontos de Cushing em que são eles perforantes, o que traz como consequencia a inversão completa dos labios da ferida, o que é perfeitamente de se desejar nos casos acima indicados. Pauchet aconselha, além disso, fazer os orificios proximal e distal de cada ponto do mes-



Fig. 5
Ponto de Cushing
(serzidura em angulo reto).

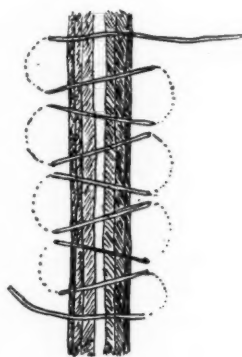


Fig. 6
Ponto de Connell
(modificação de Pauchet).

mo labio bem aproximados, o que garante melhor hemostasia; dessa forma, o aspeto da sutura não é de angulo reto, como na de Cushing, mas triangular (fig. 6).

Os processos seguintes são originaes nossos.

II

O CHOLEIO DUPLO EM U

A serzidura dupla que vamos descrever assemelha-se ao ponto em festão, mas leva-lhe vantagem na solidez que empresta á costura e na melhor coaptação que assegura aos labios da ferida. Bem analisada, ela é uma sucessão de pontos em U.

A descrição que se segue, e que deve ser acompanhada nas figs. 7 a 9, presuppõe o uso da agulha de Reverdin.

1. *Início.* — O nó inicial de apoio, usado nas demais suturas contínuas, é aqui desnecessário; o fio é simplesmente passado através dos lábios da incisão (C-D), de modo a ficarem as duas pontas do mesmo comprimento.

Para isso, a agulha faz, como de costume, o trajeto C-D desenhada, recebe o fio pela ponta que chamaremos A e com ele volta no trajeto D-C, segurando o auxiliar a outra ponta (que chamaremos de B), de modo a ficar a incisão no meio do fio.

2. *O choleio.* — Sem desenhia a ponta A, a agulha faz o trajeto E-F (fig. 8); nisto reside a diferença essencial da técnica: no choleio comum, esse trajeto seria feito estando a agulha desenhada. Em F, o auxiliar retira da agulha a ponta A, segura esta

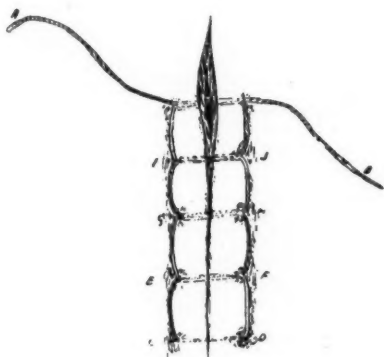


Fig. 7
Choleio duplo em U.

e substitue-a pelo ponta B, que estava em sua mão (fig. 9); assim reenfiada, a agulha volta no trajeto F-E, e então o auxiliar estica as duas pontas, sem desenhia a que se encontra na agulha. E assim sucessivamente, fazendo a agulha os dois trajetos — o de ida e o de volta — sempre enfiada, embora com pontas diferentes.

3. *Terminação.* — Nenhuma dificuldade oferece: concluída a sutura, amarram-se simplesmente as duas pontas em presença.

III

O CHOLEIO DUPLO EM 8

Si o auxiliar tiver um treino suficiente, o choleio pôde tomar uma fôrma diversa, dando em resultado a sutura representada na fig. 10, talvez ainda mais solida que a acima descrita;

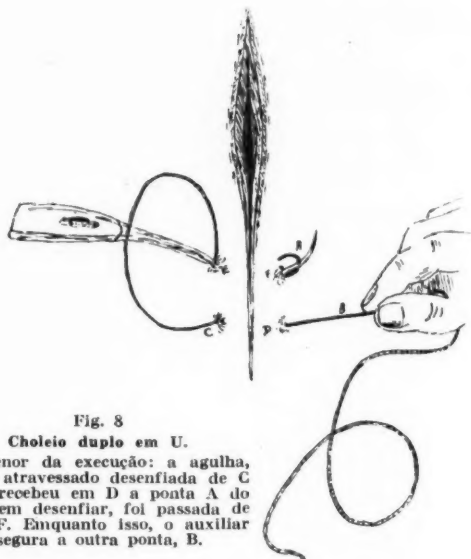


Fig. 8

Choleio duplo em U.

Pormenor da execução: a agulha, tendo atravessado desenfada de C a D, recebeu em D a ponta A do fio; sem desenfilar, foi passada de E a F. Enquanto isso, o auxiliar segura a outra ponta, B.

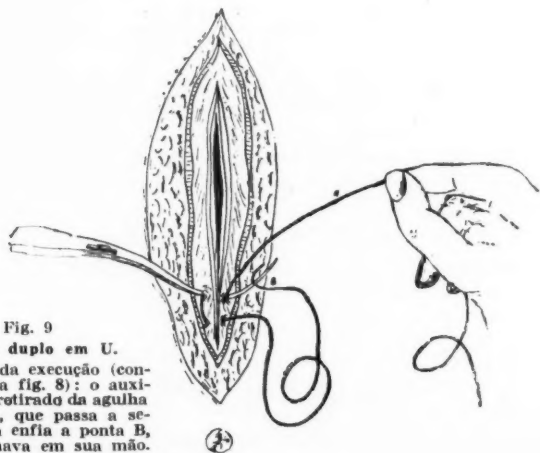


Fig. 9

Choleio duplo em U.

Pormenor da execução (continuação da fig. 8): o auxiliar tendo retirado da agulha a ponta A, que passa a segurar, nela enfia a ponta B, que se achava em sua mão.

emquanto que esta é uma sucessão de pontos em U, faz-se, pelo método que vamos descrever, uma série de pontos em 8.

Inicia-se, como no método anterior, enfiando a agulha desenfia no trajeto C-D e voltando com ela enfiada por D-C (repare-se que agora é a fig. 10 e não a fig. 7).

Em seguida, permanecendo a agulha enfiada com a ponta A, é ela transferida para o auxiliar, segurando o operador a ponta B; o auxiliar mergulha a agulha no trajeto F-E; em E, o operador desenfia a ponta A e substitue-a pela ponta B; o auxiliar retira a agulha no trajeto E-F, e restitue-a, sempre enfiada ao operador, passando a segurar a ponta livre; e assim sucessivamente, procedendo-se como no método precedentemente descrito, mas revendo-se o operador e o auxiliar na posse da agulha, dando cada um deles um dos pontos.

De tal modo se obtém o resultado da fig. 10, que é, como se vê, uma sucessão de pontos em 8.

IV

O CHOLEIO CRUZADO

E' também uma variedade de choleio duplo; damos-lhe este nome, porém, para o diferenciar dos anteriormente referidos.

Neste processo, em vez de a passagem da agulha se fazer perpendicularmente á linha da incisão, ela é passada sempre obliquamente. A sua vantagem está em que, uma vez enfiado o fio na agulha (de Reverdin, como nos métodos precedentes), com

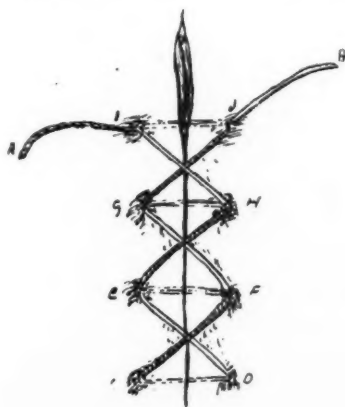


Fig. 10
Choleio duplo em 8

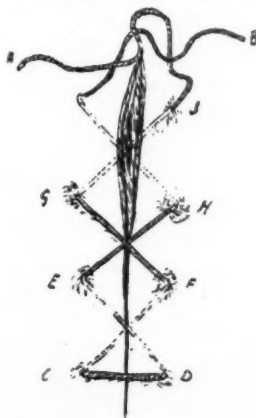


Fig. 11
Choleio cruzado.

esta se dão tres pontos sucessivos sem desenfiar (fig. 11). Supomos, como nos casos anteriores, o operador colocado do lado C-E-G-I e o auxiliar do lado D-F-H-J.

Começa-se picando, com a agulha desenfiaada, o trajeto E-D; em D, o auxiliar coloca o fio na agulha, que volta pelo caminho D-E.

Em seguida, *sem desenfiar a agulha*, esta é mergulhada de H a I; em I é que se retira o fio; vê-se que a agulha, recebendo o fio em D, só o cede em I, depois de feitos tres pontos: D-E, E-H e H-I.

Para apanhar a outra ponta, a agulha é enfiada de F a C; recebe o fio, volta de C a F e, sem desenfiar, vai de G a J; como no caso da outra ponta, o fio foi de C a J sem sair da agulha, dando egualmente tres pontos.

Compreende-se logo, tambem, que o fio fica *sob a incisão* nos trajetos D-E, C-F, H-I e G-J, permanecendo *sobre ela* em E-H, F-G e no ponto de apoio inicial C-D.

Si a incisão for longa, nada mais facil do que repetir a manobra o numero de vezes que se tornar necessario.

Este choleio tem a vantagem de ser de execução muito rapida, desde que se adquira um certo treino da tecnica. Nos trajetos que ficam "contra-mão" (F-C, J-G, etc.), pôde-se entregar a agulha ao auxiliar; mas, com um pouco de costume, o operador se habitúa a dar esses pontos ele proprio com relativa facilidade, sem sair do seu lugar.

Não atingindo a solidez dos dois choleios duplos precedentemente descritos (em U e em 8), esta serzidura cruzada é um pontos que se indica para as suturas que não necessitam de excessiva segurança, as quaes podem ser executadas em pequeno espaço de tempo.

V

VARIANTES

1. *Inicio*. — Nos tres choleios duplos que acabamos de descrever, não é necessario o nó de apoio inicial; mas este poderá ser dado sem inconveniente, sendo a unica diferença de tecnica que dahi resulta ter de reenfiar uma das pontas na agulha, antes de começar a execução da serzidura propriamente dita.

2. *Choleio*. — Quando a incisão for longa, ou quando o cirurgião o preferir, pôde interromper a serzidura em qualquer ponto, amarrando simplesmente as duas pontas em presença; para reiniciar o choleio, tanto pôde aproveitar o nó da interrupção, como reiniciar a sutura conforme foi descrito, com um novo ponto de apoio.

VI

AUTO-CRITICA

Os tres processos originaes (pelo menos nunca vimos ninguem os executar antes de nós, nem lemos sua descrição onde quer que fosse) que detalhámos não são egualmente atraentes: somos o primeiro a reconhecê-lo. O *choleio duplo em 8* e o *choleio cruzado* oferecem novidades de tecnica que os tornam um tanto trabalhosos (especialmente o *choleio em 8*), requerendo participação muito ativa do auxiliar ou obrigando o operador a um certo malabarismo, para algumas passagens da agulha que ficam notoriamente *contra-mão*.

Mas o *choleio duplo em U* é facilmente exequível, fornece coaptação perfeita e garante solidez maior que qualquer das suturas continuas em uso.

Desde já queremos antecipar resposta a duas criticas que nos podem fazer, com referencia a estes processos:

1. — *Ser necessario um auxiliar apto, para desenfiar e re-enfiar a agulha sem perda de muito tempo.*

A isso responderemos que mesmo a execução dum *choleio simples*, com Reverdin, requer um auxiliar capaz, para enfiar a a agulha sem deixar afrouxar o fio já passado nos pontos de sutura precedentes; a um tal ajudante (que, felizmente, não é assim tão raro), não será difficil habituar-se com o novo processo, nem lhe fará diferença esticar duas pontas, em vez de uma só. O aumento de tempo entre a execução do *choleio simples* e a do *choleio duplo em U* é minimo e compensado pelas vantagens que acima enumerámos.

2. — *Ficarem sob a incisão, em cada ponto, dois segmentos de fios e, do lado de fóra, tambem maior porção de material de sutura.*

Mostra a experiencia, comtudo, que a reabsorção (quando é o caso dela) se faz da mesma maneira; e si a sutura se destinar a ser retirada, em nada crecem as dificuldades para o fazer.

Esperando obter, para a obscura contribuição á tecnica cirurgica que ora ousamos apresentar, a benevolencia dos mestres e a boa vontade de todos os que praticam a arte, considerar-nos-emos feliz si a todos tivermos trazido algo de utilidade.

(Desenhos do engenheiro Paulo J. Amann).

Endereço: Espírito Santo do Pinhal (S. Paulo).

ACETYLARSAN

O PADRÃO
DOS
ARSENICAES
INTRAMUSCULARES

PARA ADULTOS :

Caixas de 10 e 100
ampolas de 3 c.c.

PARA CRIANÇAS :

Caixas de 10 e 100
ampolas de 2 c.c.



CORRESPONDENCIA: *Rhodia* CAIXA POSTAL 2916-SÃO PAULO

Rotary na luta social contra a tuberculose (*)

Dr. Eduardo Vaz

Director do Instituto Pinheiros de S. Paulo.

A comunidade é o campo onde mais e melhor se exerce a ação rotaria. As ações somadas de cada rotariano, no exercicio de sua profissão, nas suas relações sociaes, redundam em serviço á comunidade. Quem foi escolhido para rotariano, e acedeu em fazer parte de um clube que tem por principio e por fim o ideal de servir, possui a compreensão do dever social, do trabalho desinteressado em beneficio da comunidade em que vive. Esses serviços não são somados no ativo do clube. No entanto, são reflexos da sua existencia, o que justifica um ROTARY CLUB para cada cidade. Nas nossas reuniões, as idéias, os protestos, os apêlos, os alarmas, partidos de um, vão acordar os demais, dando o senso da realidade, abrindo oportunidade para contribuições em beneficio do bem alheio.

Mesmo quando as palavras do orador sejam abafadas pelas palmas da cortezia, e nenhuma providencia seja tomada; mesmo aí, elas poderiam encontrar eco na consciencia de cada rotariano e receber divulgação pela imprensa. Jogou-se a idéia, como semente ao ar. Não se encaminhou o problema diretamente a quem poderia solucioná-lo; mas, se induziu alguém á ação. Vê-se pois que ainda nesta hipotese, ROTARY tem sua eficiencia.

Se, no entanto, o clube age, organiza planos e programas, executa dentro dos moldes rotarios, conjuga todas as suas formas de atividade, batendo á porta de cada rotariano em busca de colaboração, nesse caso ele realiza o maximo.

ROTARY tem um campo largo de ação na luta social contra a tuberculose. Só isso constitue um vasto programa. De passagem mostraremos as suas oportunidades de ação.

Nesta luta vamos visar os sãos e os doentes; o primeiro precisando de defesa, o segundo de assistencia, e de amparo á familia.

(*) Palestra na reunião de 13-9-35, no Rotary Club de São Paulo.

A defesa dos sãos não só visa subtrair mais vítimas á peste branca, como prevenir as suas consequencias sociaes.

Essa defesa se faz pelo resguardo ao contagio e pelo preparo para a luta, se o contagio é inevitavel, occulto, traiçoeiro.

O resguardo se aprende no lar e na escola, pelos cuidados e habitos higienicos. Está pois intimamente ligado á educação, e fica na dependencia do fator tempo, e dos meios de diffusão dos conhecimentos higienicos. Parece-me que á escola primaria está reservado o papel primacial. Na ALEMANHA se faz, e eu estou fazendo aqui, a introdução no texto dos livros escolares de conhecimentos sobre a tuberculose. São enxertos espalhados veladamente nas lições. São noções que se repetem, que se conjugam, que se infiltram, e que ao cabo dos quatro anos primarios formarão insensivelmente um todo articulado, plasmado no cerebro infantil, com irradiações possiveis e propaveis no meio em que vive a criança. Exemplos: no livro "LEITURA DO PRINCIPANTE" de ANTONIO FIRMINO DE PROENÇA, a primeira lição trata do lar e tem o seguinte trecho: "Agora vou para casa. Querem ver a minha casa? A minha casa não é longe" etc. Enxertei: "no meu quarto entra o sol, onde entra o sol não entra a doença. A doença peor é a tuberculose". A lição n.º 9, da pagina 17, tem o titulo "Farmacia Sta. Catarina", e diz: "Hoje fui buscar um vidro de xarope para a Nenê. A coitadinha está com muita tosse". Acrescentei — "a tosse pôde pegar, por isso se deve pôr um lenço na boca, quando se vae tossir. Quem teria pegado tosse na Nenê?" Esses exemplos se multiplicam, a proposito de tudo. Na aula de aritmetica em vês de se enunciar a proporção do pedreiro que faz uma casa em tantos dias, se diz dum operario com saúde que trabalha 8 horas por dia, e ganha tanto, tomando-se para outro termo o operario tuberculoso, de capacidade de trabalho diminuida. Na geografia, entra a noção do clima, e assim por diante. Essa parte educativa cabe num programa de ROTARY.

As crianças, quanto mais jovens mais receptivas são a esse mal que nos ronda sinistra e constantemente. A ama, a pagem, a cosinheira, o parente, o amigo, em convivio intimo, pôdem representar a fonte da desgraça.

Além do homem existem outras fontes de contagio, por exemplo o leite de animal tuberculoso; é preciso precaver-se contra ela, tomando leite puro (animaes de reação tuberculinica negativa) e fervido como garantia maior.

Deante dessa ameaça constante como deveremos agir? Preparar o organismo para a luta contra o germe traiçoeiro, pelo aumento da resistencia especifica e da resistencia geral.

Comecemos pela criança. No mundo ha cerca de um milhão e quinhentas mil crianças vacinadas contra a tuberculose pela vacina B.C.G. de CALMETE e GUERIN.

Devemos lembrar que a infecção tuberculosa é tão espalhada, as fontes de contágio são tantas, que quase todos nós já fomos tocados por ela. Se o contágio se deu por uma dose pequena, ou por uma raça de bacilos pouco virulenta, num momento em que estávamos fortes, em condições boas para lutar contra o agente infectante, o resultado é que as lesões não evoluíram, a doença não se constituiu, não ha sintomas; mas, da infecção resultou um estado de resistencia especifica, de imunidade antituberculosa. Essa pequena primeira lesão nos protege da doença até certo ponto, na dependencia do grão de virulencia, quantidade de germes, e condições geraes de saúde, no momento de um novo contágio. O grão de resistencia especifica é pois relativo a diversos fatores. Compreende-se que a primeira infecção pôde condicionar esse estado de imunidade ou provocar a doença se as condições do individuo são más, e as do agente infectante são boas — numero de germes, virulencia, contagios repetidos. Se pudessemos nós provocar essa infecção por um bacilo tuberculoso em dose certa de uma amostra incapaz de invadir o organismo e num momento em que o individuo esteja em condições para recebê-lo, teriamos resolvido a questão de imunidade, sem perigo. Isso significa premunir com um bacilo tuberculoso vivo, domesticado, que não provoca doença, contra um bacilo virulento, capaz de matar. *B.C.G.* é um bacilo de tuberculose bovina que foi repetidamente cultivado em batata baleada, o que lhe trouxe atenuação, atenuação hereditariamente fixada, a ponto de não matar nem os mais sensíveis animaes de laboratorio, como o cobaio. Dá uma pequena lesão, que regride, não evolue, e deixa, por um certo prazo, um estado de refractariedade ao agente tuberculoso.

Estamos pois armados para premunir, e quando a queda da resistencia começa a se fazer, a revacinação, sem perigo e eficaz se encarrega de um novo periodo de defesa. Esse ideal CALMETTE e GUÉRIN realizaram. Houve campanha, como em tudo. Os ataques partidos dos adversarios de CALMETTE se baseiam, uns em considerações e ponderações, num exagero de prudencia, que o estado atual dos nossos conhecimentos já não justifica, outros em experiencias que, ao serem dadas á luz, são repetidas pelos maiores pesquisadores do mundo e até o presente nenhuma se confirmou. Quem está identificado com o trabalho experimental e com a sua applicação, fica pezaroso quando sob falsa apparencia scientifica se faz campanha contra o beneficio, contra mais essa arma de luta contra a tuberculose. A inocuidade do *B.C.G.* é vigiada permanentemente, e se algum perigo existe, não reside na vacina, mas numa possibilidade de troca, como ocorreu em LUBECK, onde em vês do *B.C.G.* se empregou uma outra cultura virulenta.

No serviço *B.C.G.*, ha 3 departamentos distintos nas suas funções, mas inseparaveis no seu funcionamento, cada qual com

a sua responsabilidade: a) o laboratório; b) o ambulatorio; c) a direção geral.

Esse conjunto constitue a organização *B.C.G.* nos moldes estabelecidos por CALMETTE e adotado universalmente. E' serviço gratuito.

Na LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE, no dispensario de profilaxia a assistencia á infancia, á Rua Cesario Motta, 15, eu tenho organizado o nosso serviço *B.C.G.* para crianças até 15 anos de idade. Não ha possibilidade de troca, pois só ha *B.C.G.*, bem trancado e bem vigiado.

A proteção especifica, individual, perde o seu cunho de medida profilatica geral, se não fôr extendida, generalizada no maximo possivel. A vacinação não deve se cingir ás crianças filhos de tuberculoso, ou em contacto tuberculoso, mas a todos os recém-nascidos. Num estudo epidemiologico de 50 casos de tuberculose infantil se evidenciou a fonte de contagio em menos da metade. Isto é, em mais da metade não se descobriu quem contagiou. E' contra esse inimigo occulto que precisamos vacinar as nossas crianças. Em SÃO PAULO, é quase nada o realizado, em confronto com a grandiosa obra da LIGA BRASILEIRA CONTRA A TUBERCULOSE, sob a direção de ARLINDO DE ASSIS, a maior autoridade brasileira em tuberculose. RIO DE JANEIRO tem cerca de 30.000 crianças vacinadas com *B.C.G.*

Ao lado essa profilaxia especifica, ha meios geraes, indirectos, de reforçar as linhas de defesa á infecção — são as condições de vida: habitação, habitos, alimentação. Aqui ROTARY tem largo campo para agir. Um dos maiores amigos da tuberculose é o porão, habitação coletiva, abaixo do nivel da rúa, sem luz, humido, sem ar, e onde vejetam, em meio de sujeira e promiscuidade, tantas vidas destinadas á peste branca. Faça-se uma campanha, interditando os porões, estudem-se projetos de habitações operarias, clame-se contra esse inimigo. Que habitos de higiene poderá haver? que ensinamentos poderão vingar nesse meio? Responda a consciencia de cada um. O codigo de obras ARTUR SABOIA, aprovado pela PREFEITURA DE SÃO PAULO, diz no artigo 140, par. 1.º — “Porão é a parte do edificio que tem o piso, em todo o seu perimetro, a quarta parte ou mais de sua altura, abaixo do terreno circundante”. O artigo 200 véda a *habitação diurna*, por certo que com razão maior a noturna, se o porão tiver menos de 2 metros e meio de pé direito. Mas a realidade não é essa. A campanha contra o aproveitamento do porão como habitação póde pois se estribar em dispositivo municipal.

Quanto á alimentação, alguém disse que a maior arma contra a tuberculose é a boa alimentação. Compreende-se assim a intimidade entre tuberculose e pobreza.

Com referencia á luta contra a tuberculose nas fabricas, já fiz uma palestra no ROTARY, apontando como medida inicial o *exame preliminar* do candidato ao emprego. Não aceitando o operario tuberculoso, teremos 4 proveitos: 1.º) para o candidato — uma revelação, talvez em tempo de salvá-lo; 2.º) para a sua familia — a consciencia de um perigo, uma fonte de contagio não suspeitada; 3.º) para os outros operarios da fabrica — uma proteção, por evitar-se um contacto perigoso; 4.º) para o patrão — uma economia, não admitindo um homem de capacidade de trabalho diminuida. Como medida complementar ao *exame preliminar* — o *exame periodico*, na busca do diagnostico precoce, em beneficio do doente, e estanque duma fonte de contagio ao nascedouro.

Com satisfação declaro que consegui do diretor do Serviço Sanitario de S. Paulo, dois tisiólogos á disposição dos rotarianos industriaes que quizerem se capacitar da relevancia desta pratica, em beneficio proprio, em beneficio do operario, em beneficio da comunidade.

Não basta cogitar da defesa contra a doença mas pensar nas consequências sociaes do mal. Se na cura se faz valer a tria-de — ar, repouso, alimentação, — com que dinheiro o pobre a conseguirá? e como ficará a sua familia?

A melhor solução é o seguro contra a tuberculose, pratica corrente na ITALIA e na ALEMANHA. Para instituí-lo entre nós, bem póde o ROTARY com os seus representantes de companhia de seguros, e os seus advogados, estudarem a sua organização, e as necessarias disposições na legislação do trabalho. O seguro é uma das mais belas formas de previdencia. Nessa previdencia do homem são de hoje, está a solução do problema de cura e amparo do homem doente de amanhã.

Eu nada mais peço a cada rotariano, do que trabalho, do que a concretização do sublime ideal de servir, na luta contra o nosso maior flagelo — a tuberculose!

Endereço: Caixa postal, 951.

Senhor Doutor!

Ao pronunciar o "veredictum" da sciencia, lembrae-vos do

Brometos
Valeriana
Passiflora
Guaraná

PASSIBROMO

Em todos os casos de nevroses, insomnia, hystermismo, estados de angustia, erectismo cardiaco, etc.

DOSE: 3 COLHERES DE CHÁ POR DIA EM AGUA ASSUCARADA

ARTEFACTOS DE BORRACHA

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA. TUBOS
DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS. BICOS E
CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA. DEDEIRAS

VARIOS ARTIGOS PARA LABORATORIO E PHARMACIA

Genesio Figueirôa & Filho

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Florencio de Abreu N.º 32 - São Paulo

CICATRISANTE E DESODORANTE
DETERSIVO DE CHEIRO AGRAVAVEL

NÃO MANCHA NÃO CORROE
NÃO IRRITA AS MUCOSAS

ANTISEPTICO DESINFECTANTE
PODEROSO E NÃO VENENOSO



ARISTOFARM

Formula

$\text{CH}_2\text{O} \dots \text{Grs. 15}$
 $\text{R. CO}_2\text{K} \dots \dots \dots 50$
 $\text{C}_2\text{H}_5\text{O}_3 \dots \dots \dots 3/16$
 $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH} \dots \dots \dots 12$
Essencia aromatica q.s.
 $\text{H}_2\text{O dep. filte. q. s. por 100 cc.}$

MODO DE USAR

SOLUÇÕES AQUOSAS DE 1 a 3%
DE 1 A 3 TAMPINHAS
MEDIDAS POR LITRO DE AGUA

Lab. Hódex Rua Augusta 278 São Paulo

AMOSTRAS E LITERATURA:

Rua Boa Vista, 3. **E. P. I. LTA.** Tel. 2-3340 - S. Paulo

GLYCOSORO

SORO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

O melhor contra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

Laboratório
Gro
Rio de Janeiro

A hypertrophia em anel da musculatura do antro pylo-rico no adulto á luz da literatura medica (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficência Portuguesa e do Sanatório
Santa Catharina.

Quando concorremos a uma vaga de socio titular da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo com um trabalho sobre "Hypertrophia em anel da musculatura do estomago", limitámo-nos a referir a observação de dois casos clinicos, um por nós operado, o outro pelo dr. Adhemar Nobre, bordando os commentarios que o seu estudo, por si só, nos suggeriu e terminando por aventurar esta medrosa pergunta: "tratar-se-á de uma nova molestia do estomago?" Ao ser apreciado o trabalho, entendeu a commissão encarregada de dar o parecer regulamentar de enriquecel-o com opportunas considerações sob o ponto de vista do diagnostico differencial.

De um lado, o pranteado collega dr. Cassio Rolim lembrou os leiomyomas e a syphilis gastrica. Os leiomyomas são tumores de localização irregular, que não abrangem, delimitadamente, todo um anel de segmento gastrico. A hypothese de syphilis estava afastada, em nosso caso, pela reacção de Wassermann negativa no soro sanguineo e, decisivamente, pelos cortes histopathologicos feitos na peça cirurgica pelo prof. Carmo Lordy.

Por outro lado, o prezado collega dr. Ferreira Santos declarou, logo de inicio, que a nossa exposição era "perfeitamente sufficiente para afastar-se as affecções raras do estomago, principalmente representadas pela syphilis gastrica e pelos tumores benignos". A proposito da syphilis, citou varios autores em abono da sua convicção de que em nosso caso ella não estava em jogo. Quanto aos tumores benignos, dois motivos lhe pareceram permittir a sua exclusão: a raridade e a symptomatologia. E salientou o valor do exame histopathologico. Commentando

(*) Apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo em 3 de dezembro de 1934.

a nossa pergunta terminal, disse textualmente: "Apesar da dificuldade de interpretação etiopathogenetica, não se poderá considerar os casos de hypertrophia muscular descriptos como *uma nova molestia do estomago*, porquanto as hypertrophias do todo muscular liso em varios pontos do tubo digestivo têm sido mencionadas, embora raras".

Com effeito, correndo a literatura ao nosso alcance, encontramos casos que se enquadram perfeitamente nos moldes daquelles que apresentámos. Pedimos venia para reproduzir aqui a descripção de uma peça operada por Ockinczyc e que serviu de base para um interessante trabalho de Harvier e Brun no Paris Médical, XXIII, 173, 25 de fevereiro de 1933. Depois de salientarem que taes observações são "muito excepcionaes" e que na literatura apenas haviam encontrado 7 ou 8 casos comparaveis ao seu, referem os autores a historia clinica da doente — uma senhora de 59 annos — e assim relatam o exame da peça cirurgica:

"A hypertrophia attinge todo o canal pylorico, invadindo largamente o antro. Forma um tumor alongado, cylindrico, de consistencia muito firme, quasi cartilaginosa. Seu comprimento é de cerca de 6 centimetros. Termina-se *bruscamente* ao nivel do duodeno, que não participa da hypertrophia. Examinando-o pela luz duodenal, vê-se que o pyloro ahi faz saliencia á maneira do colo uterino na vagina. Mas do lado gastrico a terminação é progressiva: vê-se a hypertrophia da parede se prolongar até o meio da pequena curvatura; sobre a grande curvatura, pelo contrario, a parede retoma muito mais depressa a sua espessura normal. Macroscopicamente, o aspecto assemelha um pouco áquelle que se vê na linite plastica: o antro se retráe progressivamente, á maneira de um funil, á medida que se approxima do pyloro.

Sobre o canal pylorico, um corte sagital mostra que o diametro do tumor é de 4 cms. A parede, regular, offerece, a esse nivel, uma espessura uniforme de 1,5 cms.; a hypertrophia é *anular*, circumscrevendo uma luz arredondada de um cm. de diametro approximadamente. Esse aspecto se alonga até o nivel do esphincter pylorico; alli, sobre o ultimo centimetro da extremidade direita do tumor, a espessura da parede augmenta bruscamente. O orificio pylorico muito



Fig. 1

Desenho de um corte transversal do pyloro, feito a cerca de 1 cm. acima da vertente duodenal. Notar a estreiteza do orificio pylorico, sua forma em crescente e sua situação excêntrica (Harvier e Brun).

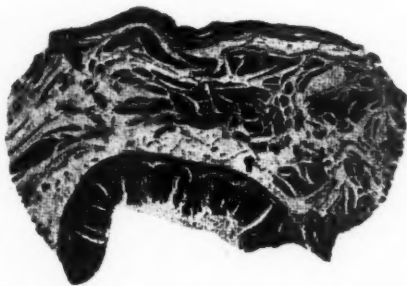


Fig. 2

Corte histológico da estenose, praticado a 6 cm. do pyloro (Harvier e Brun).

reduzido, em forma de crescente, apparece ligeiramente excentrico, como se pode ver na figura 1.

A *mucosa* apparece fortemente pregueada; as pregas se accentuam á medida que se approximam do esphincter e tornam-se exuberantes.

A *muscularis mucosae* é ligeiramente hypertrophiada. Ao nivel das pregas principaes, ella se eleva com o resto da mucosa; permanece, pelo contrario, na base das dobras de menor importancia.

A' parte essas dobras, a mucosa é absolutamente normal.

Encontram-se no chorion lymphaticos esparsos e muito numerosos nodulos lymphoides, mas não ultrapassam os limites do que se pode encontrar normalmente ao nivel do pyloro. Não existe nenhum signal de lesão inflammatoria. Não ha nenhuma ulceração da mucosa nem qualquer lesão cicatricial.

A *submucosa* é normal sob todos os pontos de vista. Não está hypertrophiada. E' constituida por tecido conjuntivo frouxo de aspecto normal, sem nenhum elemento fibroso.

A *muscular* apresenta uma hypertrophia consideravel. Essa hypertrophia attinge sobretudo a camada circular, que é 5 a 6 vezes mais consideravel do que a camada longitudinal. O augmento de volume do canal pylorico é devido, quasi que exclusivamente, a essa hypertrophia muscular. (figura 2)

A ser sa é normal, assim como a camada cellular sub-serosa."

Essa descripção se superpõe á do nosso caso, com exclusão do processo ulceroso chronico que se associou á affecção do nosso doente. Assim, o quadro morbido que focalizámos no citado trabalho não constitue novidade.

Já fôra descripto por varios autores. Não se tratava, pois, de "uma nova molestia do estomago" na accepção lata da expressão. Pode constituir, entretanto, uma molestia gastrica ainda não devidamente individualizada. Com effeito, Harvier e Brun dão ao seu caso a classificação de "estenose pylorica por

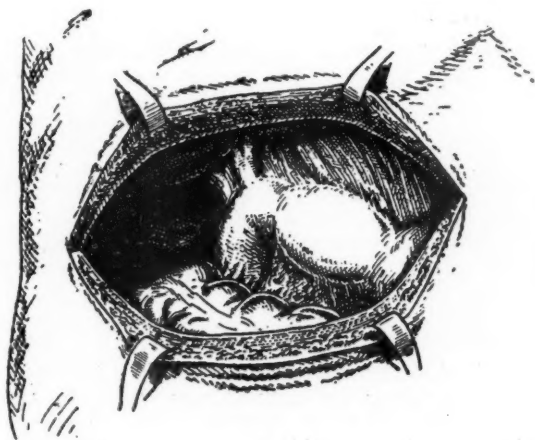


Fig. 3
Hypertrophia congenita do pyloro,
segundo Ombredanne.

hypertrophia muscular no adulto", considerando-o como um caso da chamada "hypertrophia congenita do pyloro em adulto", que é encarada como forma rara da mesma molestia do recém-nascido. Os demais autores collocam-se em identico ponto de vista. Vejamos si lhes cabe a razão. Começemos por definir os caracteriscos da "hypertrophia congenita do pyloro no recém-nascido". Para Ombrédanne trata-se de uma formação tumoral perfeitamente delimitada. Diz elle: "Do lado do estomago e do lado do duodeno, o tumor é limitado por sulcos que traduzem a transição entre a massa anormal e as formações anatomicas normaes supra e subjacentes". E' um tumor do volume e do aspecto de uma oliva conforme se vê nas figuras 3, 4 e 5 extrahidas do Tratado do illustre professor francês. No caso de Domingos Define e Jorge Queiroz Moraes, trazido a esta douta Sociedade, tratava-se de uma lesão do "tamanho e forma de uma azeitona grande, de consistencia dura e cor branca, constituindo um verdadeiro tumor

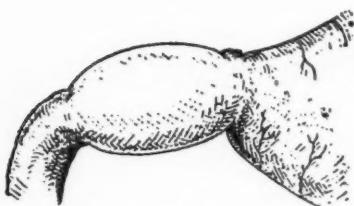


Fig. 4

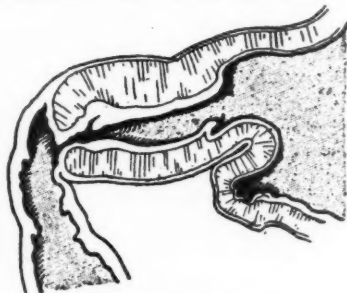


Fig. 5

Hypertrophia congenita do pyloro, segundo Ombrédanne.

que se diferenciava nitidamente do resto do estomago e do duodeno". Para Aschoff, "o engrossamento e o endurecimento se extendem tão só a um curto trajecto do conducto pylorico". E da figura 518 do seu Tratado de Anatomia Pathologica, conforme adiante se vê (fig. 6), resulta bem claro que o limite do tumor para o lado do estomago é tão abrupto como para o lado do duodeno. Tambem a gravura apresentada por Moynihan (fig. 7) evidencia um limite nitido do tumor para o lado do estomago e isso se torna tanto mais patente quanto se leve em conta o pontilhado da incisão cirurgica, conforme se vê na gravura que reproduzimos. Tambem uma figura de Stern (fig. 8) nos dá a idéa de um tumor muito bem limitado para o lado do estomago.

Pois bem, o tumor que encontrámos em nosso caso, o que descrevem Harvier e Brun e os demais que consigna a literatura da chamada "hypertrophia congenita do pyloro no adulto" não têm como o da creança um limite nitido para o lado do estomago; pelo contrario, perdem-se insensivelmente entre as

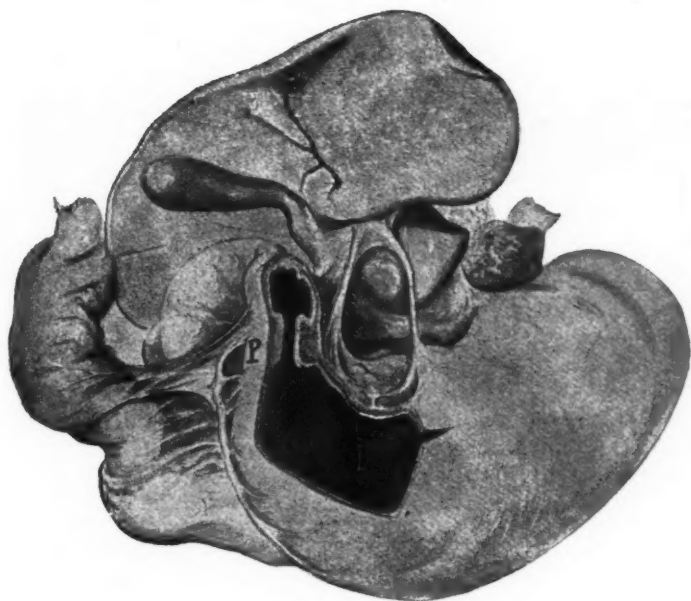


Fig. 6

Estenose espastica do pyloro no lactante, segundo Aschoff.

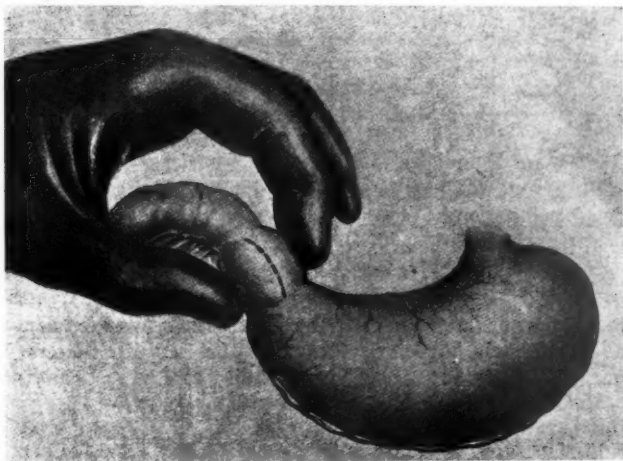
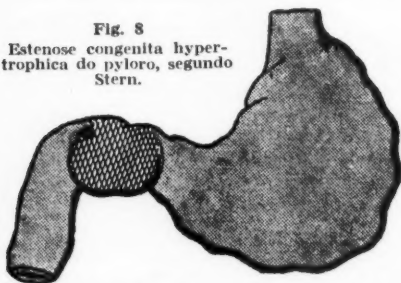


Fig. 7

Estenose hypertrophica do pyloro, segundo Moynihan.

Fig. 8
Estenose congênita hypertrophica do pyloro, segundo Stern.



músculatura perdia-se para o lado do estomago, conforme se depreende da sua descripção e das gravuras contidas no seu trabalho.

Tambem clinicamente não se pode dizer que a affecção por nós focalizada seja congênita, como querem os que a collocam lado a lado com a estenose hypertrophica do pyloro no recém-nascido. O quadro abaixo dá idéa de como a molestia assume uma marcha relativamente rapida:

AUTOR E DATA	IDADE DO PACIENTE	INICIO DO SOFFRIMENTO GASTRICO
Gilbert Barling (1913)	27 annos	A 3 annos
Gilbert Barling (1913)	17 annos	A 6 meses
Burrill Crohn (1928)	45 annos	A 5 meses (*)
MacClure (1931)	36 annos	A 10 annos
Charles Bruce Morton (1930)	63 annos	A 5 meses
Charles Bruce Morton (1930)	42 annos	A 6 meses
Charles Bruce Morton (1930)	39 annos	A 15 meses

Como se vê, em geral a historia gastrica é curta. Quando longa, pode-se facilmente separal-a em 2 phases, a ultima das quaes correspondendo á molestia, a primeira podendo correr por conta de factores varios, independentes della.

Radiologicamente, não sabemos sob que aspecto particular se mostra a estenose hypertrophica do pyloro no recém-nascido. O proprio Boas, que desde 1898 vem acompanhando o assumpto, trinta annos mais tarde declarava na 9.^a edição do seu livro "Doenças do Estomago": "Que eu saiba, não se publicaram ain-

(*) Tratava-se de doente que havia vomitado a vida toda, mas cujo soffrimento peorára sensivelmente nos ultimos 5 mezes. Em 7 casos colligidos por Maylard em 1904 (British Medical Journal, I, 416, 1904), somente 2 tinham vomitado desde creança; nos demais a historia gastrica era curta, mas esse A. não assignala a presença de tumor e deviam ser casos de estenose cicatricial.

da exames radiographicos referentes á estenose hypertrophica do pyloro”.

Comtudo a literatura consigna o aspecto radiologico da affecção do adulto. No caso de Burrill Crohn (1928), o exame radiologico mostrou que “a porção prepylorica do estomago, por uma distancia de 4 centimetros, estava consideravelmente estreitada e ligeiramente irregular”, apresentando-se normal o bulbo duodenal. No caso I de Charles Bruce Morton (1930), radiologicamente havia “um constante e regular estreitamento do anel pylorico com cerca de uma pollegada de largura”, sendo feito o diagnostico de cancer (doente de 63 annos). No caso II, evidenciou-se um “pyloro espastico, como um tubo, com espasmo constante da porção prepylorica do estomago”, sendo feito o diagnostico de ulcera gastrica, que a operação não confirmou. Igualmente o diagnostico de ulcera gastrica foi erroneamente feito no caso III, em que a radiologia mostrára um “pyloro espastico, em forma de tubo, com uma deformidade constante da pequena curvatura proximo do pyloro”.

MacClure (1931) apresentou um caso typico em que a rigidez do antro conduziria ao diagnostico radiologico de cancer, mas, retrospectivamente, a sua chapa pode ser apresentada como um paradigma da affecção. Em outro caso, que não foi confirmado operatoriamente, o exame radiologico lhe mostrára um “estreitamento da parte pylorica por pollegada e meia de extensão”. Para evitar um possivel engano, elle aconselha que se dê atropina ao doente, com o intuito de se verificar si a imagem é apenas espasmodica ou si é persistente.

Harvier e Brun dizem textualmente: “O exame radiologico parece poder dar um ensinamento de primeira ordem. A imagem é constituida por um estreitamento uniforme e regular do pyloro, que assume um aspecto *tubuloso* sobre um comprimento de 2 a 4 centimetros; a atropina não modifica essa imagem”.

Em ambos os casos que apresentamos, a imagem radiographica coincide com a descripta por esses autores, sendo digno de nota que não se assignala a dilatação do estomago. E’ de crer-se, pois, que o exame radiologico seja capaz, por si só, de conduzir ao diagnostico exacto da affecção, afastadas com um pouco de cuidado as hypotheses de ulcera gastrica e de cancer do antro, que apresentam caracteristicos especiaes.

Em virtude disso tudo, somos orientado a acreditar que a affecção em apreço é differente da chamada “estenose hypertrophica do pyloro no recém-nascido” tambem conhecida por “estenose congenita hypertrophica do pyloro” ou “hypertrophia congenita do pyloro”. Aliás os autores já se manifestaram a respeito, embora nenhum tivesse posto em destaque a individualização da affecção. Raffaele Bastianelli (1925), por exemplo, diz o seguinte:

"Não é muito raro (sic) ver-se a hypertrophia do anel pylorico no adulto, mas isso é completamente differente daquella da infancia". Antes d'elle, já em 1913, Gilberto Barling perguntava, desconfiado de que não se tratasse da mesma affecção da creança: "A hypertrophia... pode-se exaggerar mais tarde na vida e produzir symptomas ou pode ser originada em adulto?" E responde com dois casos em que uma anamnese cuidadosa afastou a hypothese de uma symptomatologia frustra na infancia.

No caso de Burrill Crohn (1928), "o pyloro dava a sensação de ser um tanto mais molle do que usualmente ocorre em caso de estenose congenita hypertrophica pylorica". Apresentando os seus casos sob a denominação de "Hypertonidade com hypertrophia do pyloro em adultos", Charles Bruce Morton (1930) declara: "E' meu proposito chamar attenção para um syndroma que parece constituir uma entidade clinica definida... a saber, hypertonicidade e hypertrophia do pyloro com estreitamento de sua luz".

Resta averiguar si, afóra a denominada "estenose congenita hypertrophica do pyloro", a literatura consigna outras affecções com que se pudessem identificar os nossos casos. Entre autores nacionaes, apenas encontrámos duas vagas referencias. Uma de Brandão Filho, que descreve uma operação por estomago bilocado, vendo-se ao nivel do antro, no esquema que apresenta (fig. 9), um notavel espessamento em anel, não uniforme, com producção de estenose accentuada, deixando "apenas um perituito que mal dava passagem a uma caneta"; mas o autor não diz si a biloculação fôra por ulcera nem si o espessamento corria por conta de uma hypertrophia muscular e a má photographia da peça não permite qualquer esclarecimento. A outra referencia é a que faz Bernardes de Oliveira ao escrever sobre megacolo: "Tivemos oportunidade de operar dois casos em que ao lado de enorme dilatação gastrica havia consideravel espessamento

das paredes da viscera á custa da hypertrophia das tunicas musculares... e a causa da dilatação e hypertrophia combinadas residia num embaraço permanente e antigo ao exvasiamento desse segmento do tubo digestivo". Mas não diz qual era o embaraço nem assignala um caracter tumoral da affecção.

Assentada a individualização da molestia, vejamos como a interpretam os di-

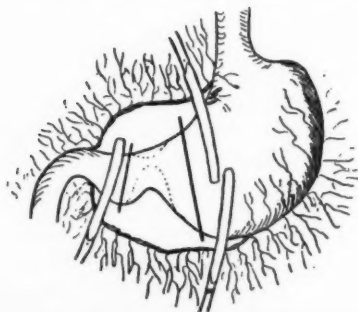


Fig. 9

Eschema do caso de Brandão Filho.

versos autores. Boas filia a "estenose pylorica hypertrophica do adulto" aos residuos de uma ulcera localizada no pyloro e propõe se lhe dê o nome de "gastrite estenosante" porque apparece em consequencia de uma gastrite chronica. Trata-se, positivamente, de affecção diversa. McClure acha que a "hypertrophia do musculo pylorico em adultos" pode ser desencadeada por infecções, por contracções nervosas, por perturbações endocrinicas, o hyperadrenalismo segundo Chaney, em que a secreção do pancreas é inhibida e a falta da secreção pancreatica retarda a neutralização do chymo, com o que fica fechado o pyloro por tempo maior que o normal, havendo retenção gastrica e hyperacidez seguidas de hypertrophia pylorica. Crile associa o hyperadrenalismo á ulcera gastrica, segundo o mesmo McClure, que, por seu turno, pensa ser a hypertrophia o resultado de permanente espasticidade do musculo pylorico. Para Heidenhain, segundo Bastianelli, uma condição congenita persiste e a função é mantida nos primeiros tempos por uma hypertrophia compensadora do antro. Discutindo um trabalho de Alfred Brown, Freeman (1929) manifestou a opinião de que o espasmo não é o responsavel, pois ha espasmos nos musculos do intestino, no pyloro, no cardia, no ano e ali não se encontram tumores. Como na creança já existe a lesão ás vezes mesmo ao nascer e até em feto (caso de Clinton Dent em feto de 7 meses), elle pensa que se trate de atavismo, um typo ancestral correspondente á moela dos passaros graminiferos, que está situada na região pylorica e á terminação do estomago de alguns mamiferos, que é occupada por um duro tumor muscular na mesma situação do tumor da hypertrophia pylorica. Para Morton ou se dá a activação de uma hypertrophia ou de um espasmo pylorico já existente mas adormecido, ou o tumor se desenvolve em pessoas normaes, por uma perturbação do systema nervoso autonomo. Segundo Domingos Define e Jorge Queiroz Moraes, "as experiencias de Gohrbandt em cães são bastante concludentes e tem-se hoje como certo que o exito da operação de Ramstedt é devido á secção de cellulas e fibras nervosas contidas na espessura das camadas incisadas". A causa nervosa está ali claramente apontada. Em nossos dois casos, notava-se accentuado espessamento dos elementos nervosos da parede gastrica e pensamos que as pesquisas para esclarecer a pathogenia da affecção devem ser feitas nesse terreno.

Agora, para terminar, uma questão de nomenclatura. A denominação "hypertrophia do pyloro no adulto" ou "estenose hypertrophica do pyloro no adulto" pode e deve ser substituida por outra mais adequada. Senão, vejamos. Em primeiro lugar é preciso notar que a affecção não é propriamente do pyloro. Segundo Testut, pyloro é um orificio e está situado na extremidade distal do estomago. Eis como elle se expressa: "O orificio duodenal

do estomago, mais conhecido sob o nome de pyloro, que significa porteiro, o pyloro sendo considerado como o porteiro que fecha e abre a entrada do canal intestinal, occupa a extremidade inferior da pequena curvatura". Esse orificio tem um esphincter muscular, que é o esphincter do pyloro, tambem chamado musculo pylorico. Pois bem, si a hypertrophia se limitasse a esse musculo, então poder-se-ia dizer "estenose hypertrophica do pyloro no adulto" ou "hypertrophia pylorica estenosante" ou coisa que o valha. Mas, como vimos, o musculo do pyloro constitue apenas uma pequena parte da lesão, pois esta abrange principalmente a porção do estomago que precede a elle. E ha quem affirme, pelo menos para a "estenose congenita hypertrophica do pyloro no lactente", que "tingindo as fibras elasticas, pode-se ver que o pyloro mesmo não está atacado" (segundo Balan, citado por Aschoff). Já Mayo Robson não é da mesma opinião: para elle, "a lesão consiste em um cylindro duro e incompressivel, que á secção põe em manifesto as paredes do pyloro e da região pylorica adjacente do estomago extraordinariamente hypertrophiciadas". Si a lesão se assesta principalmente ou exclusivamente no antro, não lhe fica bem ser "do pyloro". Mesmo o adjectivo pylorico que alguns autores usam — hypertrophia pylorica estenosante ou estenose pylorica hypertrophica — carece de precisão. E' certo que Testut define: "a região pylorica (antro do pyloro) é representada por uma excavação que se retráe progressivamente, á maneira de um funil, e que termina por um orificio arredondado ou ovalar". Ora, as paredes dessa excavação formariam a "porção pylorica" do estomago, expressão que alguns autores usam quando querem se referir ao "antro do pyloro" ou simplesmente "antro". Assim, quando dizem "hypertrophia pylorica" desejam dizer "hypertrophia do antro", mas ficamos sem saber si essa hypertrophia é da camada muscular, da camada serosa,

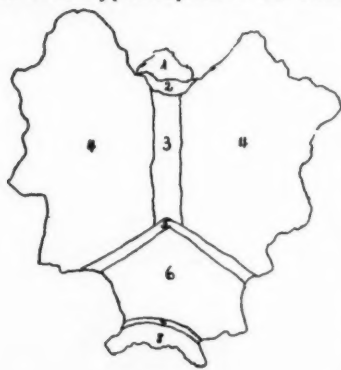


Fig. 10

Eschema da topographia do estomago.

da camada mucosa ou dos interstícios ou si é uma hypertrophia total da parede. Designação imprecisa, portanto. Além de incompleta, presta-se a confusões: não se fica sabendo si é o musculo do pyloro ou si é o antro que está affectado nem qual a parte do antro que sofreu hypertrophia. E' preferivel precisar bem os termos para maior clareza e compreensão. O eschema (fig. 10) de Solé, Sorondo e Mosto da topographia do estomago é recente e vae auxiliar-nos. Si se tor-

na cada vez mais usual a designação pura e simples de "antro", para exprimir o antro do pyloro e si é justamente alli a situação principal da affecção, por que não havemos de nos utilizar della dizendo: "hypertrophia da musculatura do antro"? E para sermos mais explicitos: "hypertrophia em anel da musculatura do antro", conforme lembrámos ao apresentar os nossos casos, sendo digno de nota que idéa semelhante teve Bianchetti ao observar um caso, que publicou em 1926 sob a designação de "myoma circular". Havendo, porém, outros antros (antro do cardia, antro de Highmore), é conveniente associar-se o adjetivo pylorico, que não deixa duvidas sobre a localização da molestia. E como tudo leva a crer que a chamada "estenose congenita do recém-nascido" é diferente da affecção em apreço, a denominação mais adequada seria, finalmente: "hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto".

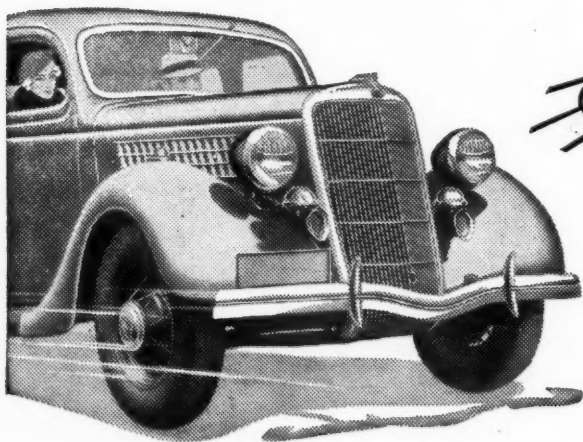
Endereço: Caixa 1.574.

AUTORES CONSULTADOS :

- L. OMBRÉDANNE : *Tratado Clínico y Operatorio de Cirugía Infantil*, 501, edição espanhola da 2.^a francesa, Editorial Pubul, Barcelona, 1931.
- L. ASCHOFF : *Tratado de anatomia patológica*, II, 770, edição espanhola da 7.^a allemã, Editorial Labor, Barcelona, 1934.
- BERKELEY MOYNIHAN : *Abdominal Operations*, I, 214, 4.^a edição, Saunders, Philadelphia, 1928.
- DOMINGOS DEFINE e JORGE QUEIROZ MORAES : *Um caso de pyloro-espasmo em lactante*, Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XVI, 109, novembro de 1932.
- W. M. STERN : *Diagnóstico Quirúrgico*, 605, 8.^a edição espanhola de Salvat Editores, Barcelona, 1933.
- AUGUSTO BRANDÃO FILHO : *Clínica Cirurgica*, I, 268, Dobici & Cia., Rio, 1922.
- A. BERNARDES DE OLIVEIRA : *Considerações em torno de um caso de megacolo*, Brasil Medico, Rio, XXXVIII, 777, 19 de Julho de 1930.
- I. BOAS : *Enfermedades del estómago*, edição espanhola da 9.^a allemã, Gustavo Gili, Barcelona, 1928.
- L. TESTUT : *Traité d'anatomie humaine*, IV, 121 e 124, 7.^a edição, Gaston Doin, Paris, 1923.
- ROBERTO SOLÉ, J. PINEIRO SORONDO e D. MOSTO : *Úlcera de estomago y duodeno*, El Ateneo, Buenos Aires, 1930.
- A. W. MAYO ROBSON : *Cirurgia del estómago*, capitulo XLIX da "Cirugia" de Keen, III, 860, edição espanhola de Salvat, Barcelona, 1928.
- P. HAVIER e R. DE BRUN : *La sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez l'adulte*, Paris Medical, XXIII, 173, 25 de fevereiro de 1933.
- OSCAR DE CASTRO LOUREIRO : *Stenoses Pyloricas*, these do Rio, 1909.
- CHARLES BRUCE MORTON : *Hypertonicity with hypertrophy of the pylorus in adults*, Archives of Surgery, Chicago, XX, 508, março de 1930.
- MAC CLURE : *Hypertrophy of the pyloric muscle in adults*, Surgere, Gynecology and Obstetrics, Chicago, LII, 945, maio de 1931.
- RAFFAELE BASTIANELLI : *Pylorus spasm and its surgical treatment*, Annals of Surgery, LXXXI, 45, janeiro de 1925.
- ALFRED BROWN : *Congenital hypertrophic pyloric stenosis and its operative treatment*, Annals of Surgery, XC, 507, outubro de 1929.
- GILBERT BARLING : *Hypertrophic stenosis of the pylorus in adults*, The Lancet, Londres, 231, 25 de janeiro de 1913.
- BURRILL B. CROHN : *Congenital pyloric stenosis in adult life*, The Journal of the American Medical Association, Chicago, XC, 197, 21 de janeiro de 1928.

Segurança

característico
particular dos
Ford V-8 *de carroceria toda de aço*



CARROSSERIA de aço inteiriço, que o genio de Henry Ford adoptou ha muitos annos nos seus carros... vidros de segurança no parabrisa e nas janellas... freios de acção rapidissima... embreagem particularmente sensivel... eis alguns dos dispositivos que responderão pela sua segurança pessoal no Ford V-8. Qualquer agente poderá demonstrar, sem compromisso, essa incomparavel segurança, assim como a maior economia e o conforto sem igual do Ford V-8. Ha de convencer-se de que é um carro digno de sua inteira confiança.

FORD MOTOR COMPANY

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 16 DE SETEMBRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Considerações em torno da pancreatite hemorrágica - Drs. HILARIO VEIGA DE CARVALHO e A. D. FRANCO DO AMARAL. — O dr. Hilario Veiga de Carvalho, em nome do dr. A. D. Franco do Amaral e no seu proprio nome, apresenta dois casos de necrose do pancreas.

O orador fez, de inicio, um breve estudo historico e bibliographico do assumpto em apreço, no que se refere ás investigações praticadas em São Paulo. Em seguida, estabelece o seu conceito critico a proposito da denominação de pancreatite hemorrágica, bordando considerações de ordem anatomo-clinica. Refere depois a classificação que propõe, baseado nestas ultimas considerações, passando depois ao estudo dos casos que trouxe á Sociedade.

Um destes casos é de esteatonecrose pancreática sem participação do parenchyma secretor a não ser em diminuto grau. A segunda observação refere-se a um outro caso de necrose pancreática, mas, aqui, affectando primordialmente o tecido parenchymatoso, acompanhando-se de hemorragia e offerecendo o quadro da ne-

crose aguda hemorrágica. Nesta observação a historia clinica occupa 2 horas de evolução entre o inicio do mal e o exito lethal.

Em ambos os casos foi feito o exame necroscopico e a analyse histologica em que exuberantemente se estudou a questão.

Por fim, o orador occupou-se em relacionar as duas observações apresentadas com a classificação que adoptou, mostrando qual a sua correlação.

O trabalho foi documentado com 15 diapositivos elucidativos das verificações anatomo-pathologicas.

Resultado obtido com as primeiras 100 gastroscopias realizadas em S. Paulo - DR. VASCO FERAZ COSTA. — Começa o autor fazendo um historico da gastroscopia. Commenta as varias difficuldades encontradas por todos que haviam tentado o processo antes do apparecimento dos modernos aparelhos flexiveis. Com estes a introdução do aparelho se torna perfeitamente exequivel e destituido de perigos. Divide o seu trabalhos nas seguintes

IODEFIS

IODOPHYSIOLOGICO

INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

PEPTIDIOS ABURÉTICOS COM 66,6% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



partes: 1) Valor da gastroscopia; 2) A escolha de doentes e os chamados casos indicados. Contra indicações; 3) Facilidade da introdução. Ausencia de perigos. Nossa technica; 4) Orientação endogastrica; 5) Exploração das varias regiões gastricas. Difficuldades; 6) Os nossos resultados.

Sobre cada uma dellas fez commentarios de ordem geral, seguido dos resultados a que chegou com a pratica de 140 gastroscopias aqui praticadas. Considera o methodo totalmente destituido de perigos e perfeitamente ambulatorio: 70% de seus casos foram feitos em doentes de consulta externa. Estabeleceu um paralelo das vantagens offercidas pelo gastroscopia e pela radiologia, chegando á conclusão de que os dois processos são insubstituiveis: ha casos indicados tanto para um como para o outro. Fez considerações sobre o conceito das metanemias ou anemias sem anemia e sobre as gastropathias mudas, conceitos esses devidos exclu-

sivamente á endoscopia gastrica. Resaltou a grande vantagem do novo processo para o diagnostico das gastrites e dos processos diffusos da mucosa gastrica, no acompanhar a evolução de uma cura dietetica das ulceras gastricas, e no diagnostico precoce do cancer gastrico.

Discorre sobre os diagnosticos a que chegou pela gastroscopia, alguns delles até hoje não verificados entre nós, taes como o de gastrite poliposa, etc..

Novos progressos da ophtalmologia — DR. MOACYR E. ALVARO.

— Após referir as conclusões chegadas no Congresso de Londres, no qual tomou parte como delegado brasileiro, no que se refere ao combate do trachoma e á classificação das causas de cegueir, passou em revista os recentes progressos realizados na especialidade não só no que respeita a novos elementos para o diagnostico como aos modernos methodos de tratamento.

SESSÃO DE 19 DE SETEMBRO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Ruidos auriculares — DR. PEDRO COSSIO. — Esclareceu o conferencista que ha alguns annos está realizando uma série de investigações sobre ruidos cardiacos, tendo por base as informações subministradas pela inscripção graphica dos ruidos do coração ou phonocardiographia, de resultados mais fidedignos que a auscultação, unico methodo até agora utilizado para esse fim.

Mostrou, a seguir, o orador, as comprovações obtidas pelo systema que foi objecto da sua conferencia, pela projecção de grande copia de graphicos, pelos quaes se pôde apreciar, sufficientemente, muita das aquisições consideradas como verdadeas, esclarecendo, em seus minimos detalhes, a importancia do trabalho realizado.

Como conclusão dessas comprovações realizadas, o orador fez o se-

guinte resumo: 1.º) o ruido auricular procede-se nas mesmas auriculas e não, como se pensava antes, pela distensão dos ventriculos, provocada pelo sangue arrojado durante a systole auricular; 2.º) O ruido auricular em condições normaes, junto ao ruido produzido pelo fechamento das valvulas auriculo-ventriculares, forma o primeiro ruido do coração; 3.º) O ruido auricular é responsavel por essa série de phenomenos do primeiro ruido do coração e não pelo asynchronismo do coração nas contrações de ambos os ventriculos, como se pensava até agora.

O orador finalizou a sua conferencia dizendo que, revelando o producto de suas continuadas investigações aos cardiologistas de São Paulo, visava principalmente concorrer para o maior estreitamento das relações culturais argentino-bresileiras.

Philergon o fortificante por excellencia

SESSÃO DE 1 DE OUTUBRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Sobre um caso de esclerose lateral amyotrophica — PROF. E. VAMPRÉ e DR. PAULINO LONGO. — Os AA. dissertaram sobre um caso esclerose lateral amyotrophica de forma pseudo-polynenritica, que apresenta de anormal graves alterações da sensibilidade thermica e profunda, ainda não registadas. Alludem aos estudos dos neurologistas patricios Austregesilos, pae e filho, que foram os primeiros a dar o verdadeiro valor a taes symptomatas na molestia de Charcot; baseados em taes estudos nacionaes inclusive nos dos autores apresentado, sem 1932, a esta mesma Sociedade. Fazem, a seguir, algumas considerações sobre a etiopathogenia da molestia, baseando-se em 45 casos que tiveram a oportunidade de acompanhar durante dez annos.

Tratamento do megasigma pela esphincterectomia pelvi-rectal — DR. S. HERMETO JUNIOR. — O autor inicia a communicação salientando que anteriormente aos trabalhos de

Hurst e Rake não existiam conhecimentos precisos sobre a pathogenia do megacolon e, como consequencia, não existia uma therapeutica racional. Discutiu as concepções de Hirschprung e do hypertonus sympathico, que conduziram os cirurgiões a conductas operatorias inefficazes. Mostrou o grande valor da concepção da achalasia dos esphincteres. Referiu-se aos trabalhos basicos da escola de São Paulo, representada por Moacyr Amorim. Alipio C. Netto, Edmundo Vasconcellos e Eduardo Etzel. O autor apresenta quatro observações de megasigma, que encerram um detalhado estudo clinico e radiologico. Todos os dcentes foram submettidos á esphincterectomia pelvi-rectal, segundo a technica de Corrêa Netto. O estudo radioscopico e a observação dos operados, durante dois mezes, demonstraram uma diminuição do calibre da alça sigmoide, embora persistisse o alongamento: apesar de te ultimo facto os resultados funcioneaes foram bons.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 JULHO

Presidente : DR. A. BERNARDES DE OLIVEIRA

Tratamento cirurgico das ulceras gastro-duodenaes perforadas — DR. ALIPIO CORREA NETTO. — O autor, relator do thema official, passa em revista a symptmatologia desta affecção, considera os dados anamesicos e o quadro clinico precisamente dito, chamando particular attenção para o desaparecimento da massicez hepatica como symptoma de pneumo-peritoneo. Lembra que em grande numero de casos, o doente não tem passado gastrico, sendo difficuldade ponderavel na feitura do diagnostico. Ainda com relação ao pneumo-peritoneo com desaparecimento de massicez hepatica cita um caso onde o colon interposto entre c figado e a parede abdominal anterior

simulava com pneumoperitoneo para cuja differenciação lançou mão dos diversos decubitos que devem ser acompanhados de correlatos deslocamentos da zona de tympanismo e massicez. A conducta do cirurgião deve ser sempre a menos nociva possivel. Quando não ha estenose da luz gastro-duodenal pratica-se a sutura da ulcera sem gastro-enteroanastomose e com ella no caso contrario. A resecção só será feita em casos muito especiaes. Drenagem nos casos de peritonite — drenagem e esvaziamento maximo das materias intravazadas.

O prognostico é favoravel na razão inversa do tempo de duração da perfuração. Documenta este relato, ba-

seado em 10 casos que teve oportunidade de operar e em estatísticas de outros autores.

Apparelho ligamentoso do angulo colico direito funcionando como agente de obstrução intestinal. Uma formação anatomica normal incompletamente involuida. — DR. MARIO OTTOBRINI. — O A. salientou a importancia do conhecimento da formação embriologica destes ligamentos, os diferentes aspectos como podem apresentar-se no adulto e por fim a identificação, evitando as confusões com adherencias inflammatorias. O conhecimento destes ligamentos tem uma importancia medico-cirurgica notavel, o que fica mais uma vez patente pelo presente caso.

Calculose do choledoco — DR. PIRAGIBE NOGUEIRA. — Commentando 22 casos de lithiase choledociana superajuntada á lithiase vesicular, operados no Serviço do Prof. B. Montenegro desde maio de 1929 a maio de 1935, o autor estuda os signaes clinicos, foc lizando a colica, a ictericia, a febre e o calefrio.

Patenteia a grande frequencia da calculose choledociana nos lithiasicos vesiculares, que passam a apresentar colicas subintrantes, associadas ou não á ictericia. Ao lado da grande frequencia da colica e da ictericia (95% e 65% respectivamente) só registou um caso de lithiase do choledoco asymptomatica. Fazendo apreciações sobre a questão cirurgica, mostra que a anesthesia deve ser feita pela tronco-regional, pela rache e que as vias de acesso mais vantajosas foram a incisão de Kehr II ou a paramediana, pararectal interna (Lenander).

Encarece a vantagem na cholecystectomy de rigorosa verificação previa do aspecto macroscopico das vias biliares, do figado e do pancreas e aponta a choledocotomia supra-duodenal como recurso de bons resultados na lithiase do choledoco e que só foi insufficiente uma vez, recorrendo-se então, á choledocotomia trans-duodenal, desde que a mobilização duodeno-pancreatica nem uma vez foi feita e é contraindicada pelo prof. B. Montenegro. Em 7 casos, aproveitando-se o bom estado anatomico e perfeita permeabilidade do hepato-choledoco, não se fez drenagem do choledoco, sem que essa conducta provocasse accidentes. Houve 2 obitos, ambos correspondendo a doentes levados a pessimo estado geral pela infecção associada á calculose. Não conhece caso de recidiva entre os 10 operados, mas assignala que nem todos responderam ao questionario enviado.

Hernia diaphragmatica estrangulada com syndrome de obstrução alta — DRS. WLADIMIR DO AMARAL e CECILIO JOSÉ CARNEIRO. — Os AA. apresentam um caso de hernia diaphragmatica estrangulada, produzida por um ferimento perfurante do abdomen, attingindo o hemidiaphragma esquerdo, onde se produziu um orificio através do qual as visceras abdominaes migraram para a cavidade thoraxica. Accentuaram a importancia do diagnostico precoce, antes que se dê o estrangulamento, accidente este que eleva sobremaneira as estatísticas de mortalidade. Insistem ainda na frequencia das recidivas após tratamento cirurgico e na sobreveniencia de processos tuberculosos pleuraes e pulmonares. — DR. EDUARDO ETZEL, secretario.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE JULHO

Presidente : DR. ROBERTO OLIVA

Mudez pituitica no homem — DR. MANGABEIRA ALBERNAZ. — Relata um caso de mudéz pituitica observada em um homem de 68 annos. Quando o doente lhe appareceu, a mudéz era total e datava de

4 dias. Apurou-se a integridade mental do paciente que apresentava mimica perfeita, audição integra e escrevia com correcção. Pelo exame do larynge, verificou-se adducção completa com tremor das cordas. No fim

de dois dias installou-se uma dysphonia e o exame revelou paresia dos constrictores, pois a adducção era incompleta. É a quarta vez que o paciente fica mudo. A cura foi obtida mediante suggestão (3 injeções de sulfato de strychnina).

O A. estuda as varias causas de mudez, e chega no caso, por exclusão, ao diagnostico de hysteria.

Casos desse typo foram observados, com relativa frequencia, durante a guerra europea. Em tempo de paz, são, contudo, extremamente raros, mormente em individuos do sexo masculino.

Discussão : O dr. Gabriel Porto, commentando o caso, relata duas observações mais ou menos identicas na cura, que teve na revolução de 32 e que eram de hysteria. O dr. Oliveira diz que sobre o caso de hysteria, pretende apresentar um estudo mais aprofundado da questão, pois tem uma creança de 6 annos, intelligente e viva, que executa as ordens que lhe dão mas não fala. Não pode precisar se é hysteria pois está com o caso em observação acurada.

Razão dum diagnostico de thrombo-phlebite do seio cavernoso em replica ao Dr. Bussaca — DR. GABRIEL PORTO. — O autor transcreve a observação de um caso de thrombo-phlebite do seio cavernoso já publicado nos Archivos do Instituto Penido Burnier, cujo diagnostico fora contestado pelo dr. Bussaca que o resumindo esse trabalho no "Klinische W. f. Augenheilkunde" 1934, pag. 426, declarou que o quadro opthalmologico e a evolução do caso fazem pensar mais em uma cellulite que em um thrombo-phlebite do seio cavernoso.

O A. justifica de novo seu diagnostico e faz ver que a hypothese de uma cellulite suppurada não deve ser aceita, porque o doente viveu ainda 4 meses e durante esse periodo a suppuração não se exteriorizou. Emitte em seguida a opinião que a cellulite chronica é pouco provavel não somente pela sua raridade, como pela symptomatologia apresentada pelo doente. Ella affirma que a presente observação está longe de descrever um caso typico de thrombo-phlebite do seio cavernoso e que o

diagnostico differencial neste caso, deve oscillar entre thrombo-phlebite do seio cavernoso e uma osteo-periostite orbitaria.

Discussão : O dr. Mario Ottoni discutindo o caso faz commentarios sobre a symptomatologia das thrombo-phlebite do seio cavernoso e acaba por achar que no caso presente o diagnostico pode ser aceito. O dr. Mangabeira Albernaz não põe duvidas sobre o diagnostico, embora o caso não seja typico e discorda do dr. Bussaca. O dr. Oliveira acha que se devia encarar o caso sob o ponto de vista de ser ou não o diagnostico aceitavel, não entrando em discussão de outra natureza, pois o dr. Bussaca está ausente.

Respondendo, o dr. Gabriel Porto faz ver a complexidade do caso em questão.

Febre ganglionar de Pfeiffer

— DR. PAULO SAES. — O A. inicia sua communicação dizendo ser a molestia caracterizada por febre acompanhada de inflamação não suppurativa dos ganglios lymphaticos, com participação do fígado e do baço. Apresenta um caracter contagioso e prefere as creanças de certa idade. Estuda a molestia em seus varios aspectos, commentando sobre os seus casos.

Estuda o quadro clinico, desde o periodo de incubação os prodromos, para chegar aos symptomas. Estes são : a) "febre" sempre elevada podendo attingir 41° e que pode durar muitos dias ; b) "engorgitamento ganglionar," pouco perceptivel no inicio. Os ganglios se tornam dolorosos na nuca e bordo do externo-cleido. Os das axillas, virilhas abdomen ficam engorgitados apenas. c) descreve depois o estudo "da garganta" com angina rebelde, sem deposito a principio depois com pseudo-membranas ou ulcerações ; d) "quadro hematologico" pouco caracteristico no inicio, é dado por uma lymphocytose que chega a 50% e 90%. Faz depois o diagnostico differencial com a gripe, diptheria, com molestia de Hodgkin, com leucemia, aguda, com agranulocytose e finalmente com angina monocytica que muitos consideram como forma clinica da febre ganglionar. Esta angina carac-

terisa-se por monocytose accentuada. Uma reacção sorológica a do Hanganetain e Deicher, que é negativa em casos de coqueluche, syphilis, paludismo, agranulocytose, angina de Plaut-Vincent, e leucemia lymphatica e é sempre positiva na angina monocytica isolando-a da febre ganglionar em que a reacção não é demonstrada.

Estuda em detalhe a differenciação entre as duas ultimas molestias. O prognostico da febre ganglionar é sempre bom quanto ao final, mas é de evolução muito demorada. Termina estudando o tratamento que pouco influe sobre a molestia, pelo que é muito variavel conforme o autor. Já usou o iodeto de sódio em injeccão endovenosas, que já foram empregadas nas monocytoses e trypaflavina (local e inj. endovenosas) recommendada por Schlecht.

Discussão: O dr. Mario Ottoni, commentando o interessante trabalho, pergunta se as formas jovens,

encontrados no exame do sangue, não seriam formas iniciais e não finais. Diz que os monocytos e lymphocytos, são parentes proximos e diffilmente distinguiveis, seus estados do meio para o fim das molestias apparecem ao lado destes, formas jovens. Acha pois que, se é para um lado, indica que a molestia está em involução, se é para o outro lado, indica que o organismo está se preparando para a defesa, tanto que seus elementos monocytos e lymphocytos augmentam. Pergunta pois quando foram observadas as formas jovens.

O dr. Paulo Saes diz ter notado que o indicio era de molestia em evolução.

O dr. Mangabeira acha que o tratamento mais rapido é com raios Ultra-Violeta.

O dr. Oliva acha que o diagnostico differencial com as anginas é de facto difficil. — Dr. Sylvio Ognibene, secretario.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JULHO

Syndrome pseudo-tuberculoso de causa nasal — DR. MESQUITA SAMPAIO e ACADEMICO AQUINO JUNIOR. — Os AA. apresentam a observação de um caso em que os signaes pulmonares alliados a um mau estado geral, em consequencia de impaludismo, desvio do septo nasal e ancylostomose, na sua maior extensão, se prestaram á confusão com um quadro de bacillose. Por outro lado, o diagnostico de um grande desvio do septo nasal e as provas funcionaes de respiração, permitiram estabelecer o diagnostico exacto.

Presidente: DR. MENDONÇA CORTEZ

O effeito benefico do tratamento: operação do septo, medicação antimalarica e parasitaria, vieram confirmar o diagnostico.

Procuram salientar os meios mais aconselháveis de diagnostico e analysam as hypotheses pathogenicas que explicam a influencia da insuficiencia nasal sobre os phenomenos respiratorios.

Chamam a attenção para a therapeutica cirurgica causal, para a reduccão respiratoria e tratamento geral. — Dr. Paulo de Almeida Toledo, secretario.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE AGOSTO

Presidente: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Apresentação de 3apparehos cirurgicos (Nota previa). — DR. CAETANO ZAMITTI MAMMANA. — O autor apresenta á Casa 3 apparehos de sua invenção: um dispositivo para esmagar e costurar o coto duodenal na gastrectomia parcial, um

afastador proprio para a appendectomy sem auxiliar, e um dispositivo para a retirada de corpos extranhos do esophago.

O A. limita-se, nesta nota preliminar, á apresentação de apparehos, reservando-se para apresentar, em

outra ocasião, um trabalho documentado com observações clinicas.

Acetonuria e appendicite - DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — Fazendo o exame pré-operatorio systematico nos seus doentes, o autor notou a occorrença de acetonuria em casos de appendicite toxica, alguns dos quaes com signaes clinicos discretos, não obstante lesões avançadas do appendice, como mucosa gangrenada e necrose das diversas camadas, meso infiltrado, etc.

Como havia em varios casos flagrante discordancia entre o achado cirurgico e os dados clinicos, pensou o autor que a presença da acetonuria pudesse orientar para uma therapeutica radical mais prompta. Nesse sentido apresentou uma nota á Soc. dos Medicos da Beneficencia Portuguesa, em 20 de junho ultimo, estudando o mecanismo de apparecimento da acetonuria. O motivo de trazer o assumpto á Secção de Cirurgia

reside no facto de ter o autor recebido posteriormente uma revista de Lille, de 30 de Junho ultimo, em que ha referencias a um trabalho de Veber sobre acetonemia e appendicite. Este A. observou uma criança que tinha crises abdominaes acompanhadas de acetonemia que só cederam com a appendectomia. O autor critica a observação de Veber e tira della ensinamentos que vêm confirmar a sua nota apresentada á Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa.

Fracturas multiplas dos ossos da bacia com luxação iliaca direita e da symphise publica esteosynthese e cura - DR. CAETANO ZAMMITI MAMMANA. — O autor apresenta um caso interessante de fracturas multiplas da bacia com luxações varias. O paciente foi operado e curou-se havendo recomposição satisfactoria do esqueleto da bacia. O trabalho foi publicado, na integra, em nosso numero de setembro ultimo.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO

Presidente : PROF. PINHEIRO CINTRA

Leite citrico em pó - DR. VICENTE BAPTISTA. — Fez considerações sobre os leites acidos de que se mostra partidario e apresenta, ao seu ver, a primeira observação brasileira do primeiro leite acido em pó, mostrando a injustiça da campanha que na Allemanha se move contra o leite integral acido, que é empregado em todo o mundo com optimos resultados.

Entre suas vantagens, citam-se seu preparo simples, gosto agradável, facil digestão, alto teor em gordura e vitaminas. Além d'isso sua permanencia no estomago seria pequena por

inicio de digestão peptica (segundo Selma Meyer), por fixar menor quantidade de Cl H gastrico deixando portanto boa quantidade de Cl H livre, resultando assim acção preventiva anti-dyspeptica e desinfectante.

Emprega o leite integral enriquecido com 7% de assucar nutritivo especial, typo "alete".

Um pneumothorax expontaneo na creança - DR. PEDRO REFINETTI. — O A. apresentou um caso de pneumothorax expontaneo com a confirmação radiologica, em uma creança de três annos.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE AGOSTO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

Syndrome pseudo-tuberculoso de causa nasal - DR. MESQUITA SAMPAIO. — A discussão da symptomatologia e diagnostico differencial foram feitos na ultima sessão. Esta communicação, attendendo ao pedi-

do feito pela presidencia da mesa, teve por fim mostrar o evoluir do caso, após tratamento cirurgico nasal seguido de gymnastica respiratoria, o que trouxe a cura do paciente.

A prova de Katsch-Kalk — Dr. FELIPE VASCONCELLOS. — O A. descreveu a technica, apresentando grande numero de observações pessoasas com os varios typos de cura; estas observações foram acompanhadas de exame radiológico e verificações cirurgicas. Concluiu sobre a necessidade de incluir esta prova nas observações clinicas ao lado do exame radiológico, pois traz dados importantes, para a orientação diagnostica e therapeuticamente.

Alguns aspectos clinico-radiológicos dos surtos pulmonares hematogenicos — Dr. OCTAVIO NEBIAS. — O autor salientou a tuber-

culose hematogenica do pulmão e seu papel na tisiogenese. Descreveu o complexo primario e sua evolução; a sua regressão na maioria dos casos, regressão esta rapida e mais completa no foco pulmonar e lenta no ganglionar. São frequentes os casos nos quaes o foco ganglionar permanece activo, encerrando bacillos virulentos por muitos annos e podendo haver uma exacerbação destas lesões ganglionares, com mobilisação dos bacillos e disseminação por via lymphatica, attingindo a cava superior, através do canal thoracico, descendo ao coração e dahi aos pulmões pela arteria pulmonar e seus ramos.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 26 DE AGOSTO

Presidente : DR. GERALDO V. AZEVEDO

Sobre a vesiculographia — O dr. ATHAYDE PEREIRA occupou-se de um ponto da discussão da sua conferencia sobre vesiculographia, pois verificou na Revista da Associação, ter o dr. Vergely affirmado que as vesiculas absorvem o meio de contraste. O facto não é verdadeiro disse o dr. Athayde. Provou com a serie de vesiculographias suas já apresentadas e com a recente opinião de Heidneck, de Berlim, o qual verificou, em radiographias repetidas, que o meio de contraste não é absorvido mas sim eliminado expontanea e progressivamente do interior do órgão. Uma radiographia obtida 81 dias depois de feita a vesiculographia revela a ausencia total do contraste. Este acto já está fartamente demonstrado tanto para as vesiculas normaes como pathologicas. Continuando com a palavra o dr. Athayde Pereira disse que a supposta absorção do contraste, que o dr. Vergely verificou em radiographias feitas pelo dr. Santamaria, resulta, como já ficou fartamente demonstrado, da injeção feita nos tecidos peri-vesiculares, através de falso caminho, em virtude de technica defeituosa. A esta conclusão chegou tambem o dr. Silva Assis, de Bello Horizonte, documentando-a com elevado numero de vesiculographias feitas pelo cathete-

rismo dos canaes ejaculadores e apresentadas ao Congresso de Urologia do Rio de Janeiro.

Tratamento cirurgico da ptose renal — Dr. DARCY VILLELA ITIBERE. — O A. communicou o seu trabalho sobre o tratamento cirurgico da ptose renal, dos chamados rins moveis, com referencia especial á technica de von Lichtenberg (nephropexia orthopedica). O autor teceu commentarios sobre esta frequente affecção, ressaltando o valor da pyelographia em pé e do estudo do dynamismo pyelo-ureteral quasi sempre perturbado em taes casos. Apresentou por fim os casos clinicos, em numero de cinco, operados e curados.

Nephropexia polar de von Lichtenberg — Dr. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO. — O autor encanou tres partes importantes relativas ao rim movel : a) diagnostico exacto, para o qual salienta o valor da pyelographia praticada em posição erecta ; b) a indicação operatoria e c) a technica da nephropexia a adoptar-se. Poz em destaque as vantagens do processo de von Lichtenberg, que vem adoptando desde 1930, com resultados satisfactorios.

Sociedade de Ophtalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE SETEMBRO

Presidente : DR. DANTON MALTA

Um caso de molestia de von Hippel — DR. BELFORT MATTOS. — O A., após citar a bibliographia do assumpto e fazer a distincção entre molestia de von Hippel e molestia de von Hippel Lindauer, descreve o aspecto ophthalmoscopico do seu caso, que documenta com photographias do fundo do olho. Trata-se de um olho que soffrera anteriormente forte traumatismo, com visão muito baixa e que apresenta o quadro de retinite proliferante, com nodulos tumorales de côr rosea no decurso dos vasos. A etiologia é desconhecida.

Restos da arteria hyaloide — DRS. CYRO DE REZENDE e AUGUSTO SAMPAIO DORIA. — Os AA. relatam o caso de um mogo que apresenta um residuo da arteria hyaloide de dimensões bem accentuadas e opacificação parcial do crystallino. Illustram a communicacão com um desenho feito á lampada de fenda. Citam os autcres que se occuparem do assumpto e que acham que esses restos são frequentes, porém, de dimensões reduzidas.

Observações sobre a etiologia do impetigo contagioso — DR. A. BUSACCA. — O A. relata que, tendo inculcado na cornea do celho o conteúdo das bolhas de um caso de impetigo contagioso, observou o desenvolvimento de uma kerato conjuntivite. A cultura do pus do sacco conjuntival, nos meios communs foi esteril. A doença é transmissível em série nos animaes. Differentemente da keratite herpetica, observa-se uma imponente neo-formação vasal. Os elementos histologicos que infiltram a cornea são quasi exclusivamente os da série lymphocytaria.

Gomma escleral — DR. CYRO DE REZENDE. — O A. relata um caso que observou após 20 dias do seu inicio e após 6 mezes do cancro inicial. A gomma estava localizada no limbo, do lado temporal e tinha o tamanho de um feijão. O Wassermann do dcnte era fortemente positivo e o tratamento especifico intenso trouxe a regressão completa das lesões oculares em tres mezes. O A. cita a bibliographia do assumpto, falando sobre o diagnostico differencial e prognostico da affecção.

Hernia traumatica do vitreo na camera anterior — DR. BENEDICTO DE PAULA SANTOS. — O A. relata um caso que observou na clinica particular do prof. A. Busacca. Descreve as suas particularidades á lampada de fenda e estuda as hernias do vitreo em geral, fazendo a sua classificacão. Trata em particular das hernias por deslaccacão traumatica do crystallino e que sobre-vêm em consequencia de ruptura ou desinserção parcial da zonula num sector da periphéria da lente. Distingue, com Haitz, estas hernias em dois typos : hernias em formas lamíneres, muito frequentes, e hernias em forma de sacco ou gota, muito raras. Revendo a bil iographia só encontrou 11 casos deste segundo typo. O caso que apresenta é tambem em forma de sacco ou de gota. O A. procura estabelecer identidade de natureza entre a membrana que limita a hernia e limitante anterior do vitreo, mas não acceita a opinião de Haitz, segundo a qual, a limitante herniaria, nestes casos, seria a propria hyaloide que se não rompeu. Para o autor essas limitantes têm a mesma natureza physico-quimica, mas a da hernia é de formação secundaria.

Prefira o Gluconato de Calcio Syll

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 14 DE SETEMBRO

Presidente : DR. ALVARO DO COUTO BRITTO

Assistencia medica aos accidentados no trabalho (Discussão do trabalho apresentado pelo dr. Renato Bomfim. — O dr. Augusto Matuck fallou sobre a observação do dr. Renato Bomfim, dizendo que devia ser tida como um exemplo dos innumerados hoje existentes e onde se vê que a preocupação da lei, limitando o tempo da assistencia medica para evitar o abuso da alta hospitalar, precoce, tão do interesse do patrão e impedir por outro lado a permanencia abusiva do accidentado, não previu essa hypothese ou entendeu solucionada a reparação com indemnisação percentual. Prefere elle valer-se da occasião para evidenciar dois aspectos importantes offerecidos pelas assistencias medica e technica ao operario. A primeira, que ministra o curativo mais importante, ou penso inicial, está sendo resolvida de maneira lamentavelmente precaria pelas companhias asseguradoras, que entregam a simples enfermeiros os seus ambulatorios, onde o medico comparece por pequeno espaço de tempo, para corresponder ao reduzido salario da empresa usuraria. São organizações cujo objectivo é conseguir volumoso saldo no seu balancete sem a preocupação de instituir serviços modelares de assistencia medica efficiente nem hospitalar. A proposito, lembra, entretanto, existirem excepções honrosas por se tratar de empresas que não exploram o serviço de accidentes no trabalho. A outra parte a que se refere é a previdencia em que permanecem as empresas quanto ás medidas de prophylaxia do accidente. O patrão infelizmente, no objectivo de lucro, não dá attenção ao magno problema do factor homem ao lado dos factores materiaes e technicos da produção. Não se selecciona o operario para a moda-

lidade do serviço e nem é elle orientado profissionalmente de modo que, deslocado de sua aptidão, incide e reincide varias vezes nos accidentes no trabalho.

Um caso de pseudohermaphroditismo — DR. ARNALDO AMADO FERREIRA. — O autor trouxe á apreciação da Sociedade o trabalho com o titulo acima, observado pelo dr. Lourival Santos e por elle em 1932. Tratava-se de uma menina de 10 annos cujo cadaver fôra necropsiado na Faculdade de Medicina e que apresentava os orgams genitais externos mal conformados, com aspecto masculino. O A. disse, "para serem bem comprehendidas taes anomalias", ser indispensavel o conhecimento da evolução embryologica do aparelho genital, o que passou a expôr, estudando o desenvolvimento das glandulas genitais, dos seus conductos excretorios e, finalmente, o desenvolvimento dos orgãos genitais externos. Antes do 4.º mês não é possivel fazer-se a situação daquelles orgãos. Só a partir desta epoca é que se patenteiam as differenças sexuaes entre os embriões femininos e masculinos. Explicou como se faz o apparecimento do tuberculo genital, do sulco genital, das dobras genitais e as transformações que se operam nos elementos acima, na sua differenciação para o sexo feminino e masculino. A seguir, o dr. Arnaldo Amado Ferreira estudou as classificações mais conhecidas sobre hermaphroditismo, citando as de Klebs, Pozzi e a de Thoinot, dizendo que o caso que trazia á Sociedade poderia enquadrar-se no pseudo-hermaphroditismo masculino incompleto externo de Klebs, ou no grupo gynandroide de Pozzi, isto é, uma mulher com os orgãos genitais externos de aspecto masculino ou, finalmente, no grupo dos individuos

pseudo-hermaphroditas apparentes da classificação do prof. Thoinot. "O mytho grego de hermaphrodita, o ser ambiguo que participava dos dois sexos, é uma concepção do espirito, sem objectivação real e simplesmente permitida pela apparencia." Hermaphroditismo verdadeiro não existe, pois, de conformidade com as leis biologicas que orientam o desenvolvimento dos órgãos sexuaes, passado o periodo de indifferentismo, a coexistencia de órgãos que terão de ser de um ou de outro sexo não poderá apresentar-se. Existe, no entanto, duas concepções de hermaphroditismo — uma antiga, perfillhada pelos gregos, baseada na morphologia dos órgãos copuladores e nos caracteres sexuaes secundarios; outra, moderna, que data dos meados do seculo dezenove, apoiada exclusivamente no aspecto anatomico do systema genital e, em

particular, das glandulas genitales. Dahi a necessidade de examinar-se histologicamente as glandulas sexuaes destes individuos, facto este nem sempre possível, afim de se verificar a existencia de ovo-testis, isto é, de glandulas sexuaes dos dois sexos. Mas, nestes casos, ha sempre prevalencia de uma especie de tecido sexual sobre o outro e nunca as duas especies de glandulas são encontradas funcionando ao mesmo tempo. O que os autores costumam chamar de hermaphroditismo verdadeiro é a modalidade lateral de Klebs, onde existe testiculo de um lado e ovario do outro, isto é, órgãos masculinos e femininos. O A. chamou attenção para o valor medico-legal do caso apresentado que poderia collocar-se entre os motivos de annulação do matrimonio, como erro essencial sobre pessoa. O trabalho foi illustrado com desenhos e diapositivos.

SESSÃO DE 14 DE OUTUBRO

Presidente: DR. ALVARO DO COUTO BRITTO

O caso de Tchaikowsky — DR. MARC BISCHOFF. — Dando inicio, a sua dissertação, o illustre conferencista começou por alludir a que, a 17 de fevereiro de 1920, uma joven mulher tentou suicidar-se, atirando-se a um canal de Berlim. Nenum documento comprobatorio de sua identidade foi encontrado em seu poder. E como ella se recusasse a fazer quaesquer declarações a respeito, foi levada, a principio, para o Hospital Elisabeth e, depois, transferida para o Asylo de Alienados de Dalldorff. Neste asylo, occupou ella o mesmo aposento que uma senhora chamada Peuthert, que fôra costureira na corte russa.

Um bello dia, percebendo que a desconhecida se parecia com uma das filhas do czar Nicolau II — a grande-duqueza Anastacia, contou-lhe a sra. Peuthert suas lembranças de S. Petersburgo e exhibiu-lhe algumas photographias que possuia.

Immediatamente a essas referencias, a desconhecida declarou que, realmente, era a filha do czar. E acrescentou que escapára por um milagre do massacre da familia im-

perial, narrando, minuciosamente, a proposito, uma verdadeira odyssea.

Essa historia espalhou-se rapidamente entre os russos refugiados em Berlim e a imprensa divulgou amplamente o caso. A velha imperatriz avó, residente em Copenhagen, acreditou, facilmente, na authenticidade da versão; o principe de Hess, cunhado do czar, entretanto, externou, desde logo, sua desconfiança e encarregou diversas pessoas de investigar a verdade das coisas. A' vista das contradicções contidas nos relatorios posteriormente apresentados, o principe de Hess resolveu appellar para o prof. Pierre Gilliard, de Lausanne, que estivera na corte russa durante dez annos, na qualidade de preceptor do czarevitch.

Depois de diversas investigações, conseguiu o prof. Gilliard varias photographias que estavam em poder da sra. Peuthert. Por ahi, chegou á conclusão de que, na realidade, a desconhecida não era a gran-duqueza Anastacia. E concluiu mais, com outras provas, que seu verdadeiro nome era Tchaikowsky.

Convencido do embuste de madame Tchaikowsky, communicou o prof. Gilliard os resultados de suas pesquisas á imperatriz-avó e ao principe de Hess.

A campanha da imprensa a favor de madame Tchaikowsky, que insistia em affirmar que era a grande-za Anastacia, entretanto, prose-

guiu, cada vez mais intensa. E, ahi, foi o prof. Bischoff encarregado de deslindar o caso.

Após innumerables e laboriosas investigações, mediante comparação de innumerables photographias e documentos, logrou elle, finalmente, desmascarar o embuste, de maneira plena e irretorquível.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE OUTUBRO

Presidente : DR. CLEMENTE PEREIRA

Variações da forma do erythrocyto em suspensão no oleo — DR. M. ROCHA e SILVA. — O oleo, abaixando a tensão interfacial do globulo, determina o predomínio das hypotheticas forças de repulsão propostas por Norris e Gough para explicar o achatamento do globulo nas condições normaes. As hemathias apresentam-se ahi fortemente achatadas, com diametro visivelmente augmentado. Experiencias foram feitas com hemathias de diferentes animaes, taes como carneiro, rato cobaya, porco. Medidas do diametro apparente foram feitas com um micrometro ocular. A passagem do globulo da suspensão em agua physiologica para o oleo determina um augmento de diametro de cerca de 55% em média, nos diferentes animaes. A passagem do soro para o oleo determina um augmento reduzido e nunca foi maior de 17%.

Adaptação ao "Syngamus laryngeus" nas fossas nasaes de carneiros do Brasil. Pretensa validade do "Syngamus nasicola" — DR. ZEPHERINO VAZ. — O A. discute a validade da especie "S. nasicola" e conclue que é identica ao "S. laryngeus" baseado na extrema variabilidade desta especie. Assignala pela primeira vez o parasitismo de carneiros por um "Syngamus" e descreve as lesões observadas nas fossas nasaes dos animaes infestados.

Adaptação ao porco domestico do "Stichorckis giganteus" parasita do porco selvagem. Redes-

crição — DR. ZEPHERINO VAZ. — O A. faz considerações sobre a importancia do conhecimento dos parasitas de animaes selvagens pois que podem adquirir importancia economica ás vezes bastante grande quando se adaptam a animaes domesticos. O facto já foi assignalado algumas vezes para alguns parasitas e o autor verifica-o com o "Stichorckis giganteus" que encontrou parasitando porcos domesticos na zona chamada norte de São Paulo.

Sarna do porco selvagem pelo "Sarcoptes scabiei suis", parasita do porco domestico — DR. ZEPHERINO VAZ. — Um cateto guardado em captivo com porcos infestados de sarna sarcoptica apresentou-se com essa forma de sarna abrangendo quasi todo o corpo. E' o facto inverso ao assignalado no trabalho anterior e adaptação a animal selvagem de um parasita de animal domestico.

Sobre um "Lepidonemidae" Trav., 1919 e um "Rhabdiasidae" Railliet, 1915 (Nematoda) novos — DR. CLEMENTE PEREIRA. — São descriptos dois novos nematoides : "Severinoia magna", n. sp., parasito de blatideos silvestres e "Strongyloides carini, n. sp., parasito de "Lepidactylus gracilis". Foram exhibidos desenhos dos dois novos vermes.

Suggestões sobre a constituição do erythrocyto. — M. ROCHA e SILVA. — A supposição de que na membrana do erythrocyto os lipoides não têm

uma distribuição homogenea, mas se dispõem em anel circular, permite, por simples acções osmoticas que se traduziriam por uma atracção entre

o solvente (sêro) e a substancia solúvel (lipoides do globulo), representar-se a natureza das forças de repulsão presumidas por Cough e Norris.

Instituto Pinheiros

REUNIÃO DE 15 DE SETEMBRO

Presidente : DR. EDUARDO VAZ

Prophylaxia do tetano — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. fez uma synthese da questão, focalizando os pontos capitais da prophylaxia do tetano. Discutiu a questão dos ferimentos suspeitos, o uso do soro como preventivo, os cuidados que devem ser aconselhados. Entrou em cogitações sobre o valor da soroterapia preventiva, explicando as suas falhas e interpretando a sua maneira de acção. Por fim abriu discussão a respeito do soro antitoxico e do soro antibacteriano na prevenção do tetano. Tomando a palavra, disse o dr. Eduardo Vaz :

“O sêro anti-toxico anti-tetanico é activo contra os 8 tipos de Tulloch, enquanto o anti-bacteriano é especifico para o tipo que serviu na immunização ; o anti-toxico protege contra a infecção experimental, antes

ou depois do seu emprego, enquanto o anti-bacteriano não protege se for empregado após a infecção ; o mecanismo de acção do sêro anti-toxico é a neutralização da toxina, arma de ataque e defesa do germe, e assim favorecimento da phagocytose do germe ; quando o esporo não tem a a forma vegetativa e fica abrigado no organismo, elle pôde produzir o tetano post-serico, se mais tarde condições favoraveis lhe facilitam a transformação em bacillo ; o mecanismo da soro-prophylaxia, da soroterapia e da anatoxinoprophylaxia tem sempre o mesmo fundamento — antitoxina contra os produtos do germe e indirectamente contra elle. A experiencia justifica e a applicação confirma o valor do sêro. O sêro produzido com a cultura total é antitoxico, anti-phagocytario, anti-bacteriano”.

Sociedade de Pharmacia e Chimica de S. Paulo

SESSÃO DE 12 DE OUTUBRO

Presidente : PROF. VENANCIO MACHADO

O centenario do alcool methylico — DR. QUINTINO MINGOIA. — Referindo-se ao apparecimento do alcool methylico, salientou que em 1835 que esse corpo organico foi identificado como individualidade chimica.

Expoz, então, os varios processos para sua obtenção e estendeu-se em examinar as minucias dos methodos syntheticos, hoje divididos em dois grupos.

Entrando, depois, na parte mais interessante da conferencia, referiu as applicações industriaes do alcool methylico, salientando que as industrias modernas requerem grandes quantidades desse corpo organico. Ha industrias que trabalham com o producto natural de derivação do alcool methylico, isto é com o aldehydo formico.

No primeiro grupo, o alcool methylico é considerado como carburante. Dahi se pôde inferir a sua importancia, como succedaneo da gazolina.

No tocante ás outras applicações industriaes, alludiu o conferencista ás resinas syntheticas; depois, aos productos, entre os quaes a urotropina e o 914. Referiu-se, então, aos explosivos, entre os quaes a pentaeritrite, a pentrite, o tritolo, todos com formi-

davel potencia; aos gazes asphyxiantes, entre os quaes o disfogeno e a palite.

Concluindo, frisou o orador que ainda não se pôde prever até onde chegarão as applicações do alcool methylico, no futuro. Mesmo porque, pelas vias da sciencia, o caminho nunca chega a um fim e sempre convida e tenta os estudiosos a proseguirem.

Instituto de Engenharia

SESSÃO DE 27 DE SETEMBRO

Sobre a captação das aguas mineraes de origem ignea — Dr. A. ALVES DE ALMEIDA. — O conferencista iniciou sua palestra fazendo uma exposição circunstanciada acerca da riqueza do sub-solo paulista em fontes de agua mineral, prevendo um grande futuro para as estancias hydro-mineraes paulistas.

Longamente, estudou o orador a origem telurica das aguas radioactivas e carbogazosas de Canidú, em S. José dos Campos, bem como as de Lindoya, destacando esta como sendo a fonte de maior valor das até agora descobertas em territorio do Estado. Analysou o orador o valor desses fontes mineraes-thermaes em relação aos seus principaes elementos, como sejam a qualidade da agua, dos gazes da mesma, de sua temperatura e descarga, factores julgados pelo conferencista imprescindiveis ao trabalho de captação das referidas fontes mineraes.

Mereceu igual attenção do conferencista a theoria da ionização do ar atmospherico sob a influencia directa dos gazes teluricos, que se desprendem nas immediações de todas as fontes hydro-mineraes, como em outros locaes de vulções extinctos,

mesmo desprovidos de emergencia de aguas.

Depois de outras considerações de ordem technica sobre o assumpto, concluiu o conferencista sua curiosa palestra com estas palavras:

“Vemos, assim, que estamos dando os primeiros passos no ramo da crenologia. S. Paulo pioneiro das grandes idéas, o vanguardeiro dos outros Estados, o mais rico, o mais feliz, não regateará esforços para traçar planos technicamente moldados nos preceitos da engenharia moderna, afim de que a nossa natureza prodiga em offerendas não nos reconheça a ingratição de macular aquillo que nos entregou perfeito e puro.

Temos elementos de sobra para nos libertarmos ou dispensarmos as estancias de fóra, de todas ellas. Da que precisamos é de boa technica no aproveitamento das nossas ricas emergencias, de criterio nos fornecimentos das analyses e de moralidade na exploração industrial e commercial das aguas mineraes do Estado. Infelizmente existem todos os generos de anormalidades nessas tres particularidades. Está em nossas mãos removel-as. Instituíamos o bandeirismo para as nossas aguas mineraes.”

Philergon - fortifica de facto

Instituto dos Contabilistas

REUNIÃO DE 17 DE SETEMBRO

A iluminação como factor de hygiene ocular — DR. MOACYR ALVARO. — No salão de conferencias do Instituto da Ordem dos Contabilistas de S. Paulo a 17 de setembro ultimo, o dr. Moacyr Alvaro, sob o patrocínio da Companhia de Assistencia Medica Especializada, pronunciou a sua annunciada palestra subordinada ao thema "a iluminação como factor de hygiene ocular".

O conferencista iniciou dizendo que o nosso aparelho da visão tem sido comparado a uma camara photographica e, assim, a objectiva é representada pelo systema dioptrico dos meios refringentes do globo ocular sendo que a chapa ou filme sensível corresponde á retina. A focalização que é obtida na camara photographica pela maior ou menor approximação da objectiva é conseguida no globo ocular pelo poder refringente do crystallino.

Após estas explicações o orador deteve-se em examinar as condições em que é possível a boa visão, tendo-se em conta os phenomenos exteriores que actuaem sobre o objecto focalizado e sobre o proprio aparelho visual, além dos que, internamente se manifestam, determinados pelos primeiros, dizendo que sendo esse órgão de precisão muito maior do que uma camara photographica, necessita de cuidados especiaes e, assim como não é possível obter uma

photographia com luz defficiente, o globo ocular funcionando em más condições de aclaramento, tenderá a prejudicar-se.

A boa iluminação approxima-se o mais possível das condições prevalentes na natureza — diz o orador — isto é, luz abundante e bem distribuida é o que se exige para a hygiene completa do órgão visual.

As perturbações que o mau aclaramento provoca no aparelho da visão — continuou o conferencista — foram olhadas com displicencia por muito tempo e só recentemente, estudos experimentaes vieram demonstrar a sua importancia capital: a fraca intensidade luminosa provoca uma fadiga excessiva e prematura manifestada por phenomenos de dôr nos olhos cephaléas, tonturas, preguiça pelo trabalho etc., podendo mesmo provocar lesões graves, difficeis de serem tratadas.

O conferencista, a cada passo do seu trabalho, fez uma demonstração pratica desses phenomenos, de maneira a esclarecer completamente o auditorio, terminando o seu trabalho com a projecção de um filme, gentilmente cedido pela Sociedade Americana de Prevenção contra a Cegueira, no qual se viam os terriveis effeitos provocados pela iluminação defficiente e os meios modernos actualmente usados em outros paizes capazes de reparar a propagação desse mal.

REUNIÃO DE 25 DE SETEMBRO

Hygiene dentaria referentemete aos contabilistas — DR. MOACYR MACEDO PINTO. — Começou o conferencista por estabelecer as differenças existentes entre os homens que se dedicam a trabalhos intellectuaes e a trabalhos physicos, observando que os primeiros, até na trituração dos alimentos, denunciam excitabilidade psychica, pois comem geralmente á pressa, sem mastigar

convenientemente os alimentos. Estuda, então, os males provenientes da mastigação incompleta, tanto para a saude em geral como para a hygiene dos tecidos bucco-dentarios, fazendo, a proposito, uma comparação entre o homem civilisado e o selvagem, para demonstrar que este ultimo, em virtude da mastigação perfeita e demorada dos alimentos, é quasi incolume á carie dentaria. Es-

tuda ainda a cynesthesia exaltada dos intellectuaes, que os leva a aguardar a progressão das lesões bucco-dentarias para buscarem os cuidados do odontologo. Esse descuido pôde favorecer a formação de processos morbidos locais com repercussão á distancia, no organismo, causando as mais variadas doenças. Conclue o conferencista sua palestra recomendendo a mastigação demorada e correcta, que constitue meio poderoso para evitar as lesões gengivo-denta-

rias e condição importante para a perfeita assimilação dos alimentos: as visitas periodicas aos consultorios dentarios, como habito de grande alcance prophylactico; o tratamento immediato das lesões que apparecerem. Accentua ainda que, tendo essas infecções acção na genese de varias doenças, é necessaria uma estreita collaboração entre dentistas e medicos, afim de se salvaguardar a saude de todas as pessoas.

REUNIÃO DE 2 DE OUTUBRO

A tuberculose, molestia social — DR. MOURA ALBUQUERQUE. — Começou o conferencista por fixar a noção de molestia eminentemente social, da tuberculose, sendo consequencia da densidade demographica a sua extensão e propagação. A urbanisação bem como a industrialisação progressiva têm augmentado o poder dos factores responsaveis pela disseminação da peste branca.

Passa depois o conferencista a pôr em destaque a importancia da hygiene social, como a mais poderosa arma de combate á tuberculose. Demonstra que a luta anti-tuberculosa, sahindo dos estreitos limites da medicina curativa da assistencia privada e philanthropica, acabou por in-

teressar o Estado, que assumiu a direcção da campanha, como o demonstra com o exemplo das nações mais civilisadas.

Chama a attenção para a pobreza da nossa organização anti-tuberculosa ante a importancia do problema e cita a elevada mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro e em S. Paulo, para, em seguida, accentuar os reflexos dessa enfermidade na vida economica do paiz e em seu organismo social. Encarece, por isso, a necessidade da conjugação de todos os esforços — dos governos, das associações particulares e de todos os cidadãos — para o combate á terrivel enfermidade.

Escola de Educação Physica da Força Publica

REUNIÃO DE 26 DE SETEMBRO

O que vale a biotypologia na educação physica — DR. JOAQUIM LACAZ DE MORAES. — A 26 de setembro p.p. o A. realizou uma conferencia sobre a biotypologia numa das salas de aula da Força Publica, iniciando sua palestra pela definição de biotypologia e mostrando as relações desta com as sciencias proximas, bem como as suas finalidades.

Em seguida, discorreu sobre os primordios das idéas de constituição orientada por espirito scientifico, citando os primeiros trabalhos de Quetelet a respeito e os estudos estatisticos que lhe serviram de base. Os

estudos de Quetelet, retomados na Italia por Viola, discipulo de Di Giovanni, o precursor da Escola Biotypologica Italiana, regidos pelos numeros, tomaram uma feição mais solidia, permitindo conclusões incontestaveis. Dahi o esplendor e a divulgação da Escola Italiana no dominio da biotypologia. A obra de Viola, ampliada pela dedicação de Barbara criou os treze typos individuaes em cujas gradações se incluem quasi a totalidade dos individuos. Do cunho morphologico quasi que exclusivo, inicial, passou-se para o campo physico e psychico, cuja fecundi-

dade, apesar da intensidade dos trabalhos, ainda está longe de ser esgotada. Cada typo individual, tem, por assim dizer, o seu modo de agir, a sua maneira de pensar e de sentir, suas tendencias morbidas, seus defeitos e qualidades. Daqui resalta a utilidade da biotypologia como sciencia pratica. O estudo morphologico do individuo, accessivel á exactidão da mathematica, informaria a respeito de suas tendencias, de seu temperamento e character, possibilitando melhor orientação profissional, mais perfeita educação social, que conduziria a um rebaixamento das qualidades

negativas e a uma elevação das positivas.

Chegando a esta altura, o conferencista encareceu a necessidade do atletismo e do esporte aproveitarem das indicações que lhes forneceria a ficha biotypologica, para a escolha das modalidades esportivas, mais adaptaveis a cada individuo. Mostrou varios exemplos que muito illustraram o que expoz.

Encerrando, faz um appello aos poderes publicos para que cuidem carinhosamente, com o intento de obterem aproveitamento da exposição, deste ramo tão importante dos conhecimentos humanos.

Club Zoologico do Brasil

REUNIÃO DE SETEMBRO

Impressões geraes da viagem ao rio Paraná — DR. AGENOR C. MAGALHÃES. — O aspecto physico da região logo revela um grande contraste entre as margens paulistas e matogrossenses do rio: emquanto que aquellas são altas e saibrosas, estas são baixas e alagadiças. O rio, devido ás suas aguas claras e velozes, assemelha-se ao Tapajós.

Do lado de Mato Grosso, quando as aguas recuam, ha grandes formações lacustres. Em outros recantos, surgem verdadeiras praias, das quaes são exhibidas lindas photographias.

Quanto á collecta de material para o Museu, a mesma não correspondeu á expectativa. Da sua fauna, entre os peixes, citam-se o pacu-guassu e o dourado. Reptis: jacaré, kágado. Aves: jacu, jaó, uru, macuco, tucano, papagaio, periquito anu. Mamíferos: anta, veado, catêto, paca, capivara, cotia, serelepe, sagui e macaco.

Intercambio parasitario entre varios animaes. — DR. ZEPHERINO VAZ. — São estudades certos parasitas de animaes selvagens que passam a atacar animaes domesticos. Está, neste caso, o "Stichorchis giganteus" do porco selvagem, o qual se adapta ao porco domestico. Inversamente, o "Sarcoptes scabiei suis" que causa a sarna ao porco domestico, se transmite ao porco selvagem, provocando, neste ultimo, uma parasitose ainda mais intensa.

Sobre a aquisição de caramujos japonezes para aquarios — DR. RUY TIBIRIÇÁ. — Não se podendo exercer vigilancia sobre as especies de caramujos adquiridas a bordo dos vapores, em nossos portos, aconselha-se o abandono desta pratica já em uso entre nós.

A importação de caramujos daquela procedencia, poderia trazer em consequencia a implantação em nosso meio da Schistosomose sino-japoneza.

Estudos Cirurgicos

1.ª serie - 1 vol. fartamente illustrado
PREÇO 15\$000 - PEDIDOS AO AUTOR:
Dr. Eurico Branco Ribeiro
CAIXA 1574. SÃO PAULO

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Lições de Gynecologia — LUDWIG FRAENKEL, lições colligidas e commentadas por João Camargo, Editora Guanabara (rua do Ouvidor, 132), Rio, 1935.

Quando esteve no Brasil, em 1933, o prof. Fraenkel, de Leipzig, realizou no Rio de Janeiro um curso de Gynecologia, que despertou grande interesse. O prof. João Camargo teve o cuidado de anotar a materia dada e, vertendo-a em portuguez, commentou-a com a sua reconhecida competencia, para depois dal-a a conhecer a todos os medicos brasileiros através de um volume lançado pela Editora Guanabara. O livro contem, pois, um apanhado completo das aulas do illustre professor e apresenta a grande vantagem de ter sido feito com espirito de synthese, facil de manusear, prompto a prestar esclarecimento numa consulta rapida. Tratando-se de um curso em que foram ventiladas as idéas mais modernas, o volume é de molde a despertar o interesse dos gynecologos patrios.

Les tumeurs des machoires — LOUIS HOUPERT e PIERRE FRIEZ, Vigot Frères (23, rue de l'Ecole de Medicine), Paris, 1934.

Num volume de 88 paginas, com 30 excellentes figuras, os AA. focalizam a questão dos tumores dos maxillares de origem dentaria. Começam o estudo revendo os dados embryologicos, que lhes permittem uma classificação dos tumores em questão. Fazem, depois, o estudo clinico, detalhado, discutindo a seguir o diagnostico differencial. A monographia termina com um capitulo sobre o tratamento. Para resaltar o valor do livro, basta dizer que os seus AA. são medicos especializados em estomatologia e que o prefacio está assignado por Bercher, chefe do serviço estomatologico do Val-de-Grace.

Tratamento de las fracturas de la bóveda del craneo — WENCESLAO TEJERINA FOTHERINGHAM, Editorial Medica Lagos (Cordoba, 3040), Rosario, 1934.

Em uma monographia de perto de 40 paginas, o A. traça "orientações praticas" a respeito do interessante assumpto que é o capitulo das fracturas da abobada do craneo. Baseado numa casuistica pessoal ponderavel — 18 casos — o A. lança mão dos seus aprimorados recursos de professor supplente de Pathologia Cirurgica da Universidade de Rosario, na Argentina, para desenvolver o thema com grande proficiencia, tanto que o seu folheto é de muita utilidade para todos os que se virem ás voltas com um caso de fractura de abobada do craneo. O summario da monographia é o seguinte: I, Generalidades; II, O complexo physipathologico das fracturas da abobada do craneo; III, Indicações operatorias; IV, Operação; V, Tratamento medico; e VI, Historias clinicas.

Diagnostico y tratamiento de los estados endócrinos — L. PASCAULT, edição espanhola de Bailly-Bailliere (Munez de Balboa, 25), Madrid, 1935.

O volume faz parte da collecção "Compendios de Medicina e Cirurgia", organizada com um caracter essencialmente pratico, motivo por que mereceu larga acceitação na Epanha a versão que a Editorial Bailly-Bailliere vem fazendo de toda a serie. O A. se prende, principalmente, nos estados endocrinos mal conhecidos e, por isso mesmo, mal compreendidos. Deixando de lado os syndromas classicos, estuda o A. as glandulas que têm funcção reguladora sobre os systemas interdependentes do organismo, mostrando as suas dysfunções, as perturbações que ellas accarretam e os meios de corrigil-as. E', assim, um livro de

utilidade immediata, que pode esclarecer esses casos que se vêm todos os dias e que se costuma rotular sob a vaga denominação de "arthritis-mo, perturbações digestivas ou nervosismo". A primeira parte ensina como fazer o diagnostico; a segunda, como tratar o doente.

Guia y formulario de terapéutica — GABRIEL GOGLIA, edição espanhola de Manuel Marin y G. Campo (Mejia Lequerica, 4), Madrid, 1934.

E' sabido o alto conceito que cerca os formularios francezes, que vêm tirando edições successivas em varias linguas, com acceitação crescente. Os italianos tambem vêm fazendo, ultimamente, alguns formularios que, pela organização intelligente, pela escolha caprichosa da materia, pelo facil manuseio, vêm ganhando terreno nos meios medicos nacionaes e já ultrapassaram as fronteiras do paiz. Está nesse numero o volume organizado por Gorgia, professor da Universidade de Milão. Tal foi o successo obtido na Italia que os espanhoes resolveram fazer uma edição em castelhano. O volume contem 600 paginas, em formato pequeno, proprio para ficar sobre a mesa e facil de consultar-se.

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux — PAUL FROMENT, J. B. Baillié et Fils (19, rue Haute-feuille), Paris, 1935.

Numa interessante synthese de tão debatido assumpto, o A. conclue o seguinte :

Na ulcera complicada, o tratamento cirurgico deve ser systematicamente indicado; intervenção de urgencia nos casos agudos, excepto nas hemorragias, pois nestas a conducta therapeutica não está definitivamente assentada.

Na ulcera simples, o tratamento medico deve ser tentado. Em caso de insuccesso, entregar o doente ao cirurgião.

O ulceroso operado deverá continuar em regimen dietetico e medicamentoso, sob as vistas do medico.

Para chegar a essas conclusões, o A. desenvolve uma argumentação convincente, digna de ser lida e retida por todos os que attendem doentes do estomago. Tanto o tratamento clinico como o cirurgico mereceram especial attenção do A.

Trabajos de la Clinica — FIDEL FERNANDEZ, Editorial Urania (Manuel Paso, 2), Granada, 1935.

Tal foi o successo obtido pelos volumes que cada anno o prof. Fidel Fernandez editava, relatando os trabalhos realizados na sua Clinica do Hospital San Lázaro, de Granada, que este anno elle resolveu nos deliciar com dois volumes: o referente ao 1.º semestre acaba de chegar, repleto de interessante materia. E' um livro de perto de 500 paginas, contendo valiosos trabalhos originaes e um relatorio de movimento do serviço, mais uma lista da vultuosa produção se'entifica do prof. Fidel Fernandez, que honra não só o seu autor como a propria Espanha.

Libro Jubilar del prof. Bernardo A. Houssay, Imprenta Amarrortu (Ayacucho, 774), Buenos Aires, 1935.

A Revista da Sociedade Argentina de Biologia fez publicar agora, com data de novembro de 1934, um volume em homenagem ao prof. Houssay, que naquella epoca festejou as suas bodas de prata na Cathedra de Physiologia. O volume não só relata as excepcionaes manifestações de apreço feitas áquelle illustre cientista, a quem tambem o Brasil prestou sua reverencia através da palavra empolgante de Aloysio de Castro, mas ainda encerra numerosos trabalhos de alto valor, firmados pelos mais destacados physiologistas do Mundo e que foram dedicados ao Jubileu do consagrado sabio argentino. Por ahi se pode aquilatar da extraordinaria importancia do presente volume.

Prefira o Gluconato de Calcio Syll

IMPREENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Ação Sindical, I, 1-8-, agosto 1935.

Aos medicos — ANTONIO PEREIRA MANHÃES; Em torno de minha demissão — LUIZ VAZ; A mortalidade infantil no Estado de S. Paulo (II) — EDUARDO MAFFEI.

Archivos de Biologia, XIX, 74-100, julho-agosto, 1935.

Tinhas — Seu tratamento moderno — F. DE ALMEIDA; Sobre um caso de malária tropical — JOSÉ DE REZENDE BARROS; Observações a respeito da distribuição geographica do Genero Opalina — A. CARINI.

Boletim do Instituto Bioquímico Paulista, I, 1-26, outubro 1935.

Moderno tratamento da dysenteria amebica e outras entero-protozooses pela Carobinha — WALDEMAR PECKOLT e ALCIDES PRADO; Um caso de cura de amebiase intestinal pela Carobinase — JOÃO DE MONLEVADE; Algumas considerações sobre um caso de balantidiose intestinal e seu tratamento — DOMINGOS YERED.

Boletim do Instituto Oscar Freire, II, 35-48, junho-agosto, 1935.

Pericia de material dos esqueletos da Faculdade de Direito — MANUEL PEREIRA.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, XIX, 48-69, maio 1935.

Estados suppurativos das vias biliares — CESARIO MATHIAS; A malária existiria na America antes da descoberta por Colombo? — ATALIBA FLORENCE; Os novos dados na anatomia — E. ALVARO; Prenhez extra-uterina róta e appendicite supurada róta no intestino delgado — J. SOARES HUNGRIA; Tratamento cirurgico das pericardites — EURICO BASTOS; Calculo da opacidade do arteriogramma — S. HERMETO JU-

NIOR; Laparotomia supra-umbelical meçiana e um meio de prevenir a laparocèle — ALÍPIO CORREA NETTI; Alterações electrocardiographicas no megaeophago e no megacolon — JAIRO RAMOS; Metabolismo basal nas ulceras gastro-duodenaes — A. BERNARDES DE OLIVEIRA.

Gazeta Clinica, XXXIII, 204-234, agosto 1935.

Chronometragem no exame do succo gastrico — S. F. BASKAHOV; Lição de clinica — AMÉRICO DA VEIGA; A origem cerebral da cholesterinemia — A. A. ZNZTCHKOVA.

A Odontologia Moderna, IX, 1-55, junho-julho, 1935.

Resovin — Inclusão, estanhamento, preparação do caso e acabamento — CARLOS ALDROVANDI; O material reabsorvível em cirurgia ossea — GILBERTO PEIXOTO; Contra-indicações nas extracções dentarias em mulheres gravidas — J. E. FREITAS.

Pediatria Practica, VI, 1-36, janeiro-fevereiro 1935.

Cura espontanea de um caso de septicemia estaphylococica — VICENTE BAPTISTA; A prophylaxia da tuberculose e a mortalidade infantil — C. A. ESPÍRITO SANTO.

Publicações Medicas, VII, 1-64, setembro 1935.

Tumores do mesenterio — JOAQUIM DE BRITTO e DOMINGOS GUILHERME DA COSTA; Um caso de boubia terciaria evoluindo em 25 annos — RINALDO DE AZEVEDO; O electrocardiogramma — DANTE PAZZANESE.

Revista da Associação Paulista de Medicina, VIII, 1-56, julho 1935.

Considerações praticas sobre o diagnostico e tratamento do infiltrado precoce — OCTAVIO NEBIAS e JOÃO GRIECO; Calculose do choledoco —

PIRAGIBE NOGUEIRA; O problema da mortalidade infantil — A. C. DO ESPIRITO SANTO; Apparelho ligamentoso do angulo colico direito funcionando como agente de occlusão intestinal. Uma formação anatomica normal incompletamente invuluida, confinando com a pathologia — MARIO OTTOBRINI COSTA; Tratamento dos portadores de bacillos dipthericos pelos raios X — M. O. ROXO NOBRE; Febre ganglionar de Pfeiffer — PAULO SAES.

Revista de Leprologia de São Paulo, II, 133-208, Setembro 1935.

Syndrome de Weir-Mitchell na lepra — GIL DE CASTRO CERQUEIRA; Nuestra experiencia acerca del valor de algunas anilinas en el tratamiento de la lepra — J. M. FERNANDES e SALOMON SCHUJMAN; Função do Dispensario na luta contra a Lépra — FERREIRA DA ROSA; Ensaio de pathologia da Lepra. Superinfecção — MIGUEL VESPOLI; Resultados do tratamento anti-leprotico nos diferentes periodos de idade — J. RODRIGUES.

Revista de Neurologia Psychiatria de São Paulo, I, 297-420, abril-junho 1935.

Questões geraes e observações pessoaes relativas á anatomia das arterias do "Corpus Striatum" humano — R. LOCCHI; Ventriculo, encephalo e myelographias com o Thorotrast — CASSIO M. VILLAÇA; Sobre a theapeutica da epilepsia; A punção atlo-axial directa, sua technica e suas vantagens na injeção do Lipiodol — S. ARANHA DE MOURA; Valor da formula de Read na determinação do metabolismo basal — J. RIBEIRO DO VALLE e CELSO PEREIRA DA SILVA; Homicidio. Episodio psychopathico. Conclusões medicolegaes — JULIO ANDRADE SILVA

Jr. e A. TEIXEIRA LIMA; Syndromo do automatismo mental de Clerambault — ANNIBAL SILVEIRA.

Revista Odontologica Brasileira, XXIV, 167-213, Julho e agosto 1935.

Etiologia da Parodontose — LUIZ STAMATIS; O trismo e suas consequencias — IRINEU JOSÉ DE PAULA; Os biotypes constitucionaes e suas relações com a Odontologia — MARIO DEVEZE.

Revista Oto-Laringologica de São Paulo, III, 197-318, maio-junho, 1935.

Cancer da larynge e seu tratamento — RAUL DAVID DE SAYNSON; A amygdalectomia na tuberculose — FRANCISCO HARTUNG; Fistulas medianas do pescoço — EURICO BASTOS; Estruma de Riedel — EURICO BASTOS.

Revista Urologica de S. Paulo, II, 390-460, maio-junho 1935.

Delimitação do valor diagnostico da urographia de eliminação de repleção — A. V. LICHTENBERG; Lithiase renal bilateral — RODOLPHO DE FREITAS; Tumores epitheliales da bexiga (symptomatologia) — ATHAYDE PEREIRA; Um caso de rim em ferradura diagnosticado pelo processo palpatório — ALIPIO CORREA NETTO; Papilloma do bacinete — EURICO BASTOS.

São Paulo Medico, II, 65-136, agosto 1935.

Contribuição para o tratamento da esquizofrenia — VIRGILIO CAMARGO PACHECO; Calculo da opacidade no arteriogramma — S. HERMETO JUNIOR; As alterações do rythmo cardiaco dependentes de perturbações localizadas no nódulo S. A. — JAIRO RAMOS.

INDICE GERAL DOS

"Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia"

VOLS. I A XXVI

Preço, 10\$000 :— Pedidos á Caixa Postal, 1574 :— S. Paulo

VIDA MEDICA PAULISTA

Faculdade de Medicina

Nomeações. — Foram nomeados os drs. Orlando de Souza Nazareth e Sebastião Hermeto Junior para exercerem, respectivamente, os cargos de 2.º e 3.º assistentes da 10.ª cadeira (Techoica Cirurgica e Cirurgia Experimental), da Faculdade de Medicina, da Universidade de S. Paulo. Para 1.º assistente foi nomeado o dr. José Maia de Freitas.

Centro Academico "Oswaldo Cruz". — Festejando o 22.º anniversario do Centro Academico "Oswaldo Cruz", fundado em 1913, quando da abertura das aulas na Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, os academicos de medicina realizaram a 14 de setembro ultimo varias solennidades.

Durante o dia, o Centro Academico "Oswaldo Cruz" promoveu uma concorrida competição de atletismo, que se realizou no campo do C.A. Paulistano, no Jardim America, participando desse torneio as turmas athleticas dos academicos de medicina e do Mackenzie College.

A' noite, no amphitheatro da Faculdade de Medicina, onde compareceu avultado numero de estudantes e pessoas de suas familias, foi effectuada uma brilhante sessão solenne, commemorativa do acontecimento.

Constituida a mesa pela actual directoria do Centro "Oswaldo Cruz", ás 20,30 horas teve inicio a reunião, tendo o academico de medicina e presidente do centro, sr. Carlos Vir-

gilio Savoy convidado para presidir a sessão o dr. Waldomiro Guilherme de Campos, que foi o primeiro presidente do gremio anniversariante.

Assumindo a presidencia o dr. Waldomiro Guilherme de Campos disse poucas palavras allusivas ao acontecimento, passando depois a palavra ao prof. Edmundo Vasconcellos, que fez interessante e oportuna palestra sobre a cultura medica.

O orador seguinte foi o doutorando Aloysio Camara da Silveira, orador official do Centro "Oswaldo Cruz", cujo discurso foi uma evocação da vida do gremio "Oswaldo Cruz". Concluiu o orador enaltecendo o espirito universitario, que hoje constitue a força da classe academica do paiz. Encerrando a sessão solenne, falou o dr. Waldomiro Guilherme de Campos, cujo discurso foi um hymno ao Centro "Oswaldo Cruz".

A seguir, teve execução a parte musical, que obedeceu ao seguinte programma :

Solo de violino por Murillo Paca Azevedo, acompanhado ao piano pela srta. Maria Paca Azevedo.

a) Viextemps — La Chasse. b) Schumann — Reverie.

Tangos pela "Orchestra Typica Academica".

Sambas por Silvio Alcantara Godoy acompanhado ao piano por Nelson de Oliveira.

Musicas regionaes pelo "Chorinho Academico".

Santa Casa de Misericordia de S. Paulo

Posse do dr. Thomaz Bulgarelli na direcção do Ambulatorio de Medicina de Homens. — O sr. dr. Synesio Rangel Pestana, director clinico dos hospitaes da Santa Casa de Misericordia de S. Paulo, na presença do mordomo do Hospital Central,

dr. Augusto Meirelles Reis, e de medicos do Hospital, deu posse, a 11 de setembro pp. ao dr. Thomaz Bulgarelli, promovido a chefe de clinica e nomeado para dirigir o Ambulatorio de Medicina de Homens.

O dr. Thomas Bulgarelli agradeceu a sua nomeação e a presença do mordomo do hospital e do director clinico da Santa Casa, assim como as palavras lisonjeiras sobre a sua pessoa.

Afirmou que se esforçará para corresponder á confiança da Mesa Administrativa e da direcção clinica do hospital, fazendo o que estiver ao seu alcance para melhorar os serviços de ambulatorio a seu cargo, mantendo-o no nivel dos demais serviços do hospital e que para isso conta com o apoio da direcção clinica e do mordomo do hospital e com a cooperação dos seus distinctos collegas, adjuntos daquelle secção do serviço externo da Santa Casa.

Homenagem ao dr. Ribeiro de Almeida. — Realizou-se a 29 de setembro p.p., o almoço que um numeroso grupo de collegas, amigos e admiradores do dr. Ribeiro de Almeida lhe offereceu por motivo da passagem de seu 25.º anniversario na direcção da 2.ª enfermaria de mulheres da Santa Casa de Misericórdia. Esse almoço realizou-se na Rotisserie Ferraris, tendo, por essa occasião, falado o dr. Ulysses Paranhos, saudando o homenageado, que agradeceu.

A 30 de setembro, em continuação ao programma de homenagens, foi rezada uma missa naquella enfermaria, onde, tambem, foi inaugurada uma placa de bronze que registou o acontecimento. Nessa occasião, falou o dr. Synesio Rangel Pestana, que pronunciou as seguintes palavras:

“Sr. dr. Joaquim Ribeiro de Almeida: Venho trazer-vos as felicitações cordiaes da alta administração da Santa Casa, aqui representada pelo dedicado mordomo do Hospital Central e pelo director clinico dos seus Hospitales, pela passagem do 25.º anniversario de vossa proficua actuação como chefe da 2.ª Clinica Medica de Mulheres deste Hospital.

A mesa administrativa vê sempre com sincero jubilo as festas sympathicas como esta, que têm por escopo premiar bons serviços de seus dedicados collaboradores e não só as applaude como a ellas se associa reconhecendo assim a justiça da hon-

rosa homenagem que vos tributam os vossos jovens adjuntos e grande numero de collegas e amigos de outros serviços do Hospital.

Nós da mesa administrativa e especialmente o mordomo e o director clinico, podemos dar o nosso testemunho do vosso esforço, da vossa assiduidade, do vosso espirito disciplinador, ao par da bondade com que dirigis os serviços da enfermaria a vosso cargo e da energia com que fazeis respeitar o Regulamento do Hospital, a ordem dos serviços e a autoridade dos superiores hierarchicos desta Casa.

Por isso sois aqui acatado e estimado pelos doentes internados no vosso modelar serviço, pelas enfermeiras e mais empregadas da enfermaria, pelos adjuntos da vossa clinica, pelas dedicadas religiosas ao serviço da irmandade e pela sua alta administração.

Com os nossos cordiaes agradecimentos pelos vossos excellentes serviços em tão largo espaço de tempo, com as nossas felicitações pelas honrosas manifestações de apreço que vindes recebendo desde hontem, acceitae a segurança do nosso applauso e da nossa confiança e os votos que fazemos pela vossa felicidade pessoal e pelo maior brilho do serviço a vosso cargo.”

Falou tambem nessa occasião o dr. José de Almeida Camargo que após se referir á solennidade disse:

“O bronze, com que solennisamos os 25 prim iros annos de vossa chefia, nesta 2.ª enfermaria de Medicina de Mulheres, está collocado logo á entrada da sala, separando a vida livre e despreocupada do mundo, da angustia e do desespero dos olhos, que antevêm a chegada da Morte. E a figura de medico, que lhe aguarda a soleira é, no drama dessa incerteza, um pouco da presença tangivel de Deus.

Attentae para as palavras esculpidas: é o vigesimo quinto anniversario de uma direcção “continua, dedicada, exemplar”. Um livro chega ao nosso entusiasmo quando desejariamos tel-o escripto; tambem, como medico, eu nada mais queria se tivesse ao lado de minha actuação profissional, aquellos tres adjectivos.

A pressa do nosso tempo ; a luta, a emulação ; a concorrência, portanto ; a complicação do mecanismo propedeutico, das pesquisas de laboratório, a larga enumeração dos nomes novos ás molestias velhas, tudo nos tem insulado em especializações cada vez mais restrictas, e, o que é mais grave, no emmaranhado das ficções, das theorias e das engrenagens mecanicas, nos tem afastado do lado humano da existencia, e, por consequente, perdido o roteiro simples e seguro da vida. E' o resultado do progresso mecanico e da pseudo civilização".

Em seguida, usou da palavra uma das enfermeiras para offerecer ao homenageado uma medalha que as irmans mandaram gravar.

Por fim, falou o dr. Ribeiro de Almeida que, agradecendo as homenagens que lhe foram prestadas, termina o seu discurso com as seguintes palavras :

"Meus collegas, quando lançamos um olhar em volta de nós e vemos estas irmans de São José, o symbolo de sacrificio a lutar, a soffrer, a passar a vida entre gemidos de gente alheia, estas irmans que, tendo deixado sua familia, prazeres, o mundo emfim, pra vir trazer allivio aos que padecem, e tudo isso por amor de Deus, quando as vemos fazerem tanta caridade, com tanto sacrificio e sempre alegres é, convenhamos, profundamente vergonhoso que lamentemos nossa sorte.

De recordar neste instante as palavras de Nuno de Andrade, que transcrevi no portal da minha these de doutoramento, já lá vão quasi trinta annos, quando a alma cheia de illuções e de esperanças o coração, deixei os bancos da velha Academia :

"O medico exerce no meio em que actua uma influencia tamanha, tão radicada e tão legitima, que é hoje o que sempre foi e ha de ser sempre o que é : um amigo dos que soffrem, a summa da grandeza moral na terra. Tudo o que o sentimento encerra de mais divino, o que o segredo acautela com maior recato, o que a esperança bafeja com melhor carinho, as maguas e as feridas, as illuções e a descrença, o tedio, a dor, a saudade são estados d'alma familiares ao medico que jurou ter olhos para não vêr e ouvidos para não ouvir."

Meus amigos, já no apagar das luzes deste discurso, mais uma palavra me resta a dizer-vos. O bronze traz a idéa da perpetuidade.

Pois bem, senhores, podereis ter a certeza, mais tarde as gerações vindouras passando diante delle girão com toda justiça, com toda verdade ;

"Aquelle medico, nesta casa, de alguns foi o chefe, de muitos o collega e de todos o amigo". Pois amigo eu sou de todos vós. E como amigo, eu vos agradeço do fundo do coração esta homenagem que me pres taes, esta commemoração que fazeis, esta festa que me offereceis. A todos muito obrigado".

Liga Paulista Contra a Tuberculose

Homenagem á memoria do sr. Conde de Lara. — Perante regular numero de associados, de clinicos e de membros da familia do extincto conde de Lara, a directoria da Liga Paulista contra a Tuberculose prestou tocante homenagem a esse seu grande benemerito, inaugurando o retrato do mesmo em sua galeria, no salão nobre do Ambulatorio Infantil.

Por occasião da inauguração, o dr. Clemente Ferreira, presidente dessa instituição, proferiu o seguinte discurso :

"Meus senhores — Illustres representantes do saudoso extincto conde de Lara.

Prestando modesta homenagem ao inolvidavel philanthropo e amigo desta instituição, a Liga Paulista contra a Tuberculose cumpre um inelutavel dever, proclamando a coadjuvação constante, esforçada e vultosa com que o excelso finado sempre nos distinguui, envolto na sua proverbial modestia.

O saudoso e benemerito cidadão e insigne cavalheiro paulista passou,

aliás, sua util e valiosissima existencia semeando beneficios e espargindo actos de generosidade, com o que fez viver muitas instituições de caridade e assistencia publica, ajudou a numerosos estabelecimentos de alta philanthropia e permittiu a realização de obras e commettimentos de alto relevo medico-social e de acendrado altruismo.

Creio que não exaggeramos affirmando que não houve em S. Paulo, até a data actual, quem igualasse na munificencia e na liberalidade larga e expressiva o benemerito cavalheiro e generoso philanthropo, que, ha mezes quiz a cruel fatalidade arrebata-nos, enchendo de dôr, de tristeza e de soffrimento todas as classes pobres, todas as camadas proletarias, tão magnificamente por elle soccorridas e amparadas, através multipas instituições de philanthropia e acção medico-social.

Fortunas consagrou o saudoso cidadão annualmente para distribuir entre a sobras philanthropicas, e no momento de extinguir-se quiz ainda fazer beneficiar a sua incomparavel manificencia e de sua inequalavel generosidade instituições uteis de Santos, desta cidade, de Bragança e outras.

A Liga Paulista contra a Tuberculose, que tanto mereceu do insigne cavalheiro e generosissimo cidadão, esforça-se por prestar culto á sua memoria, e como pequena homenagem inaugura hoje na sua galleria de benemeritos a effigie do benemerito paulista de coração de ouro, para

que mcom certeza abriram-se as portas do céu e recebeu Deus no seu seio generoso, pois entre nós ninguém o excedeu em gestos repetidos de altruismo e dedicacão social, em actos meritorios de altruismo e amor ao proximo, em expansões de munificencia e de liberalidade bem orientadas.

Que sua effigie sympathica, donde parece irradiar-se a bondade simples e onde transparece a luminosidade das mais valiosas virtudes, sirva de animação e incitamento a outros philanthropos que acompanhem no seu magnifico exemplo a esteira de magnanimidade e de devotamento altruistico, que por muitos annos aqui se deadebrou, semeando a mãos cheias beneficios de monta e coadjuvando em seus encargos meritorios grande numero de obras e empreendimentos de acção medico-social e de alta philanthropia. Tenho dito".

Após essa allocução do dr. Clemente Ferreira, as pessoas presentes percorreram as installações do novo ambulatorio para crianças pobres, installado á rua Cesario Motta, 15, mostrando-se todas admiradas e encantadas por essa realização que, com tantos esforços e sacrificios, vem a Liga Paulista contra a Tuberculose mantendo, em proseguimento aos seu humanitario programma em prol dos tuberculosos necessitados, para cuja realização e desenvolvimento muito foi auxiliada e incentivada pelo coração bondoso e altruistico do sr. conde de Lara.

R. e B. Sociedade Portuguesa de Beneficencia

Inauguração do retrato do dr. Bento Theobaldo Ferraz e entrega da "Cruz de Honra" a varios bemfeitores. — Festejando a 5 de outubro o seu 76.º anniversario, a Real Sociedade Portuguesa de Beneficencia, conhecida casa hospitalar de S. Paulo, promoveu em sua séde, á rua Brigadeiro Tobias, varias solenidades.

Essas festividades, que tiveram inicio ás 9 horas, ao ser celebrada missa na capella do Hospital S. Joa-

quim, estenderam-se depois á tarde, com a installação, ás 16 horas, na séde da Sociedade Portuguesa de Beneficencia da sessão solenne commemorativa da ephemeride.

Presidiu a essa reunião o sr. consul de Portugal, dr. João Mauricio Henriques, que abrindo os trabalhos ceu immediatante a palavra ao orador official da cerimonia, dr. Aurelio Arrobas Martins, professor do Lyceu Franco-Brasileiro, o qual, a proposito, pronunciou um discurso, realçando os fins humanitarios da

sociedade, cuja existencia longa tem sido inteiramente dedicada á caridade.

Logo após o consul João Mauricio Henriques procedeu á entrega das insignias da "Cruz de Honra" com que a Beneficencia Portuguesa houve por bem distinguir aos senhores Antonio da Silva Parada, presidente da directoria da Sociedade, dr. João Areosa de Oliveira Mendonça Cortez, chefe da clinica medica do hospital, e o commendador Joaquim Pereira da

Silva Porto, ex-vice-presidente da Sociedade, pelos valiosos serviços que prestaram áquella instituição e á colonia portugueza de São Paulo. Essa solennidade revestiu-se, particularmente, de grande brilho, sendo os novos condecorados effusivamente cumprimentados.

A seguir, foi realizada a cerimonia do descerramento do retrato do dr. Bento Theobaldo Ferraz, fallecido na propria Beneficencia, onde trabalhava por longos annos.

Sociedade de Pharmacia e Chimica de S. Paulo

Entrega do premio "Baptista de Andrade". — Transcorrendo a 12 de outubro p.p. o 11.º anniversario de sua fundação, a Sociedade de Pharmacia e Chimica de São Paulo realizou uma sessão, durante a qual foi inaugurado o retrato de Orlando Rangel e feita a entrega do premio "Baptista de Andrade", ao dr. Octavio de Paula Santos.

Ao dar inicio aos trabalhos, o professor Venancio Machado, que presidiu á solennidade, designou as senhoritas Cendy Guimarães e Erna Maerz para introduzirem no recinto o dr. Octavio de Paula Santos.

A seguir, declarando inaugurado o retrato de Orlando Rangel, convidou a sra. Paula Santos para tirar a cortina que o velava.

Logo depois, o prof. Venancio Machado convidou o sr. Benjamin Orlando Rangel e sua exma. esposa, ali presentes, para procederem á entrega do premio "Baptista de Andrade", que ha cerca de quatro annos foi instituido por Orlando Rangel, quando presidente daquella entidade.

Serenados os applausos que se succederam á entrega desse premio ao dr. Octavio de Paula Santos, fez uso da palavra o sr. Julio Sauerbronn, orador official da Sociedade de Pharmacia e Chimica de S. Paulo.

Inicialmente, referiu-se a. s. á significação daquella cerimonia, como commemoração ao 11.º anniversario da agremiação. E, ahí, collocando em relevo o papel que cabe ás élites, na constituição da nacionalidade, concitou os titulares da Sociedade a collaborarem nessa cruzada em prol

do maior engrandecimento do povo brasileiro. Estudando, então, a personalidade de Orlando Rangel, enalteceu suas qualidades de homem e de profissional, salientando que a inauguração de seu retrato, na sala de sessões da Sociedade de Pharmacia e Chimica de S. Paulo, era uma prova evidente de que continuará elle entre os vivos, como se vivo fóra, honrando e presidindo sempre, em espirito, aquella entidade, por cujo progresso tanto e tanto se esforçara. Passando a saudar o detentor do premio "Baptista de Andrade" — dr. Octavio de Paula Santos, referiu-se longamente aos trabalhos de sua lavra, principalmente ao que obtivera aquella distincção — "Determinação dos saes de calcio nos nossos alimentos".

Concluindo, saudou o professor Quintino Mingoia, da Universidade de Pavia-Italia e que iria realizar uma conferencia sobre o alcool methylico.

Seguiu-se-lhe com a palavra o dr. Octavio de Paula Santos que, em breve discurso, disse da satisfação que sentia, recebendo o premio "Baptista de Andrade".

Falou, depois, o sr. Benjamin Rangel que, em nome da familia de Orlando Rangel, agradeceu a homenagem prestada ao seu chefe, com a inauguração de seu retrato na sala de sessões da Sociedade de Pharmacia e Chimica de São Paulo.

Encerrando a sessão, falou de novo, o sr. Julio Sauerbronn, orador da Sociedade e que agradeceu a presença de quantos compareceram á solennidade.

Ampliação de Estudos

Curso de technica cirurgica. — No Serviço de Cirurgia Geral do "Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo" de Barcelona, o prof. M. Corachán com a collaboração de J. Pi Figueras, J. Prim, J. Trueta Raspall e J. M. Ramentol realizará um curso de aperfeiçoamento de technica cirurgica **gastrica**, que será leva-

do a effeito de 10 a 20 de dezembro p. f.

Este curso comprehenderá: a) lições praticas de technica cirurgica que serão realizadas na sala de operações; b) Lições de cirurgia experimental, que se realizarão no laboratorio, em animaes e c) lições theoricas que serão dadas depois das aulas praticas.

FERROZYMA

Como tratamento complementar da *anemia secundaria* ao paludismo e ás verminoses o **LABORATORIO GROSS** prepara FERROZYMA, o mais moderno e o mais completo medicamento antianemico, composto de ferro organico, cobre catalysador, arsenico e phosphato bicalcico, destinado a ser usado depois do tratamento pelos seus productos ZULQUINA e DIVERMIL.

NEURILAN

*Poderoso calmante do
sistema neuro-vegetativo.*

Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vasosympa-
thicos, palpitações, insomnias,
dyspepsia nervosa.

A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.

Dose 1a 2 colheres das de chá em agua
assucarada ás refeições.

LAB. GROSS - RIO

NAO DEPRIMENTE

NEURILAN

ASSIGNEM A

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

*Ella encerra toda a actividade scientifica da
Associação Paulista de Medicina*

Assignatura annual 20\$000

Endereço : Caixa Postal, 2103

S. Paulo-Brasil



BIBLIOTECA DE ESTUDOS CONTEMPORANEOS

(EXPERIENCIA — CULTURA — ESTETICA)

Direção do Prof. Dr. NEVES-MANTA

1.ª SERIE : — EXPERIENCIA

- | | |
|--|---------|
| 1. HENRIQUE ROXO — Psicanalise e outros estudos | 12\$000 |
| 2. ROLANDO MONTEIRO — Esterilidade feminina | 12\$000 |
| 3. CUNHA LOPES — Esquizofrenia, psiquiatria clinica | 15\$000 |
| 4. A. AUSTREGESILLO — Neuroses sexuaes, compreensão e terapeutica | 10\$000 |
| ABDON LINS — Microbiologia clinica (a sair) | |
| ABREU FIALHO e ABREU FIALHO FILHO — Oculistica clinica (a sair) | |
| A. AUSTREGESILLO — Analise mental e suas applicações terapeuticas (a sair) | |
| RAUL PITANGA SANTOS — Proctologia clinica (a sair) | |
| ABDON LINS — Bacteriologia, parte geral (a sair) | |
| ABDON LINS — Bacteriologia, parte especial (a sair) | |
| ULYSSES DE NONOAT — Sifilografia clinica (a sair) | |
| PAULO SEABRA — Introdução ao estudo da Coloidoterapia (a sair) | |
| LUIZ LAMEGO — Microscopia clinica (a sair) | |
| ESTELITA LINS — Propedeutica urologica (a sair) | |
| NEVES-MANTA — Introdução á patologia do espirito (a sair). | |

2.ª SERIE — CULTURA

- | | |
|---|---------|
| 1. A. AUSTREGESILLO — Viagem interior | 10\$000 |
| 2. SANTOS NETO — Psicologia criminal e justiça | 10\$000 |
| 3. ALMACHIO DINIZ — Sociologia sovietica | 12\$000 |
| ADAUTO BOTELHO — Venenos que seduzem (a sair) | |
| A. AUSTREGESILLO — Estatuas harmoniosas (a sair) | |
| HONORIO DELGADO — A vida e a obra de Freud (a sair) | |

3.ª SERIE — ESTETICA

- | |
|---|
| A. AUSTREGESILLO — Almas desgraçadas (romance, a sair) . . . |
| GASTÃO PEREIRA DA SILVA — Sangue (novela psicanalitica, a sair) |
| CARLOS D. FERNANDES — A renegada (romance, a sair) . . . |
| NEVES-MANTA — Borba Sangue (novela, a sair) |

Façam seus pedidos á **Livraria Francisco Alves** - Rua do Ouvidor, 166, Rio

acham-se os livros de



em todas as livrarias

